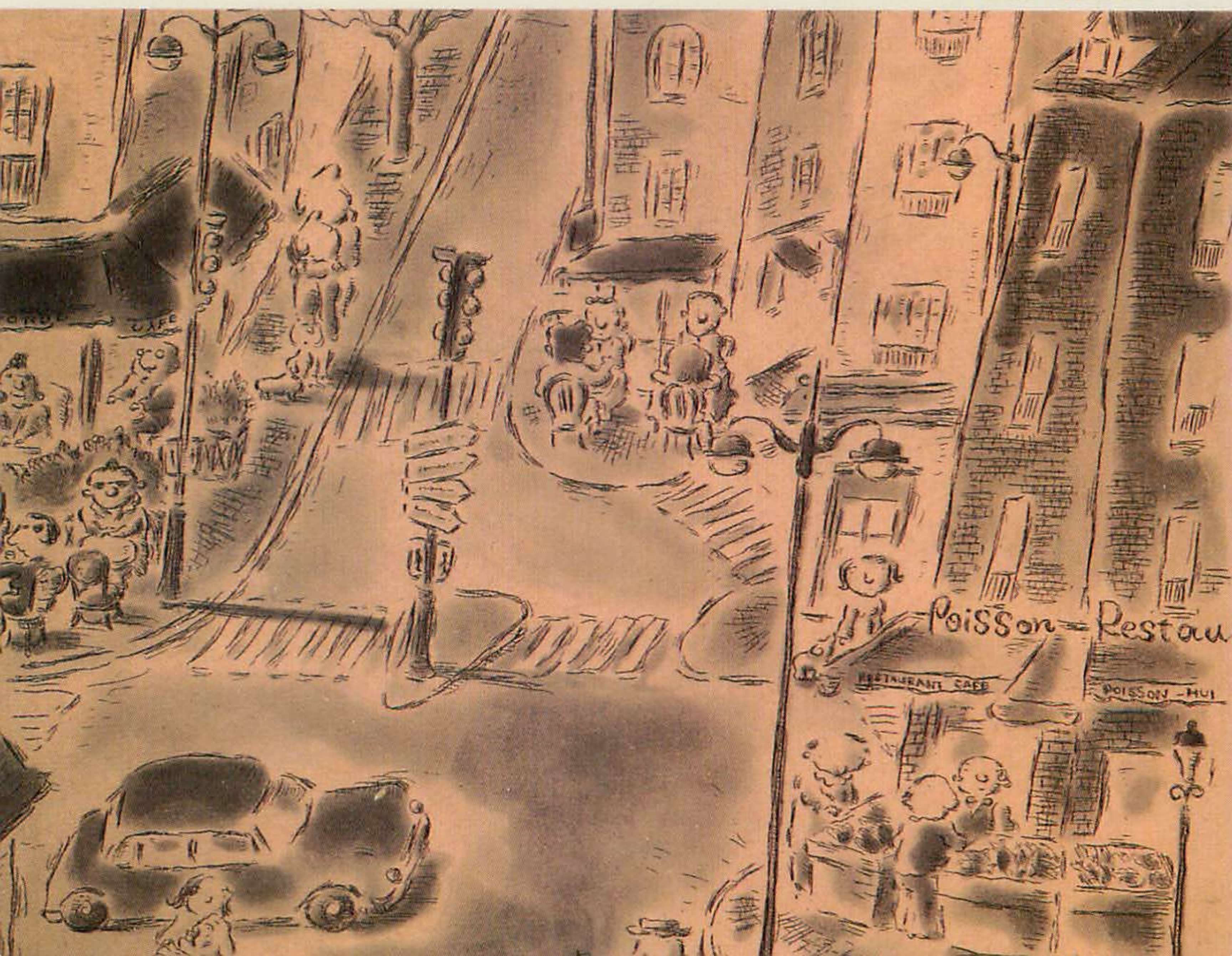
BLUE BACKS

精神科医は何をしてくれるか

何をしている、何ができる

安藤春彦
Andô Haruhiko

「こころの病なんて特殊なもの。精神科なんて関係ない」と思っていませんか。

精神障害は決して特殊な病気ではありません。誰でもかかる可能性がある病気です。しかし、精神科に行きにくいことも事実です。なぜでしょうか。その理由は、精神医療に対する情報不足にあるのだと思われます。ですから、精神医療とは、どういう「こころ」の病に対して、どういう治療を行っているのかを知ることが大切です。本書は、実際に精神科に行った場合、どのような治療をしてくれるのか解説し、「こころの病気は、専門医である精神科医に行きさえすれば、治すことができる」というある意味では当たり前のことを明確にします。

精神科医は何をしてくれるか

何をしている、何ができる

安藤春彦 著

ブルーバックス

はじめに

現代のわたしたちの生活は、物が豊富だとはいうものの、こころに大きな問題を抱えた危機的状況にあることが各方面で露呈しています。

たとえば、いじめによる中学生の自殺、青年の引きこもり、主婦の台所飲酒癖、各種の心身症、中年サラリーマンの出社拒否、定年後の不適応、熟年離婚、老年ぼけ、幼児や老人にたいする虐待……など。自分たちには関係ないと思いがちですが、どの人にも、どの家庭でも起きかねない、深刻な今日的現象です。

これらのこころの問題の予防と治療を担当している医師は、精神科医です。しかし、精神科医という専門医が、どんな活動をしているのか、精神科医はこころの問題をどのように見ているのか、ということは意外に知られておりません。そのためか、ふつう（?）の人がイメージする精神科には大きな誤解があるように思います。たとえば、ある出来事に悩んで自殺したとか、精神病者は危険人物ではないかなどと思っている人も多いのですが、これは精神病、並びに精神医療に対する情報不足からくる誤解です。

そこで、本書の書き出しはあえて「精神科医は何をしてくれるか」というテーマからではなく、精神科医が診療対象にしている精神障害の実例、および説明からはじめました。このよう

なこころの不調が起きたときに、本人、あるいは家族、職場の上司などが、適切に精神科を利用すれば、こころの不調が引き起こす悲劇から、意外にも容易に本人を救出できることが多いのです。また、精神障害にたいする真の理解には実態の正確な把握が必要です。

誰にも起こりかねない精神上の危機を精神科医の支援により、どう乗り切るかを理解しておくことは、わたしたち現代市民にとって必要な事柄だと思われます。

また一方で、実際問題として、精神科や精神病院に行くのは怖い、恥ずかしいと思い込んでいる人が少なくないのが現実です。内科や外科の医師や看護婦でさえ、精神医療などは医学といえるのかと、精神科に対して低い評価しかもっていない場合があることも事実なのです。

これまで、専門医の立場から書かれた、精神医学の解説書は若干ありましたが、一般の人の視点に立って、人々が抱きやすいこころの問題に精神科医が助言した、わかりやすくて実際的な書物はありませんでした。これが、精神科に対する誤解を生み出す一因であったことは否定できません。

そこで本書では、青年、成人、老人のこころの問題に焦点をあてて、「こころの病気は決して特別なものではなく、誰にでも起こりうる」、また「こころの病気はその専門医である精神科に行きさえすれば治すことができる」という、ある意味では当たり前のことを、わかりやすく解説しようと思います。

私は、すでに小児の精神発達上の問題に対しては、このブルーバックスシリーズの前著等で説明してきましたので、本書で触れられていない問題に関しては、ぜひ前著を参考にしてください。

わたしたちの日常生活にある、こころの問題と精神障害の実態から、それらへの対処法、精神障害の見つけ方、精神科医への相談の仕方、精神科医とはどんな職業人か、精神科のかかり方、精神障害をもった人の人権、現代の精神医学の考え方と治療方法、将来の精神医学の展望まで、できる限り多くの実例を挙げながら、精神医学と精神科に関して、一般の人々の生活に役立つ解説を試みてみました。

本書を、精神医療にたいする市民のみなさんの理解とこころの健康の増進の一助にしていただけたら、また同時にこころ病む人々、そのご家族、さらに精神障害の診療に従事する職種の方々に役立てていただくよすがになれば、専門医の一人として、これに勝る喜びはありません。

この本をまとめる機会を与えてくださって、さらに執筆の過程で、適切な助言とあたたかい励ましをいただいた、講談社科学図書出版部の福島真一氏に心から感謝いたします。

一九九六年　初冬

安藤　春彦

精神科医は何をしてくれるか◎目次

Ⅰ 精神障害とは――――15

Ⅱ 精神障害の原因と治療――49

Ⅲ 社会適応の良否の要因と治療者——79

Ⅳ 最近の精神医学上の話題 ―― 129

V 精神障害と法律——149

□

VI 精神科医とは——161

I

精神障害とは

1　精神病と神経症

精神障害とは、どんな状態をいうのでしょうか。それを理解するために、まず実例をみてみましょう。

第一群

A君

A君は、一五歳の高校一年生の夏休みあけごろから、それまでの几帳面で勤勉なところがなくなってきて、試験の前夜も勉強はまったくしないでぼんやりとテレビを見て過ごし、深夜になるとそのまま着替えもせずに、寝てしまいます。そのため、中学生のときはよかった成績も現在では惨憺(さんたん)たる有り様です。そのうえ、食べ物をこぼして汚れた学生服のまま登校し、授業中は呆然と席にただ座っているだけです。もとは潔癖すぎるほど服装には気を配るA君だったのです。不審に思った担任が本人の学校での様子をお母さんに連絡してきました。うすうす不安がっていたお母さんもA君の変わりように愕然としたのです。

忙しいお父さんもさすがに心配になって、A君に「何か悩んでいることでもあるのか」と尋

ねると、かれは「何にも悩んでいることなんかない」と言い張りますので、両親はしばらく様子を見ることにしたそうです。

そのうちにＡ君は、「学校へ行く道の決まった角のところに何時も一人のおじさんが立っていて、じっとボクの様子を観察している」「それでボクの様子を校長先生にまいにち報告しているに違いない」「その証拠に校長先生は廊下でボクとすれ違うと顔をそむけるからわかる」と言い出し、このごろでは「そのおじさんはボクが寝ていると深夜だのに窓のそばに立っていて、ボクの様子をうかがっている」とまで言うようになったのです。それで夜も遅い時に寝室の窓を急に開けて「何を見ているのだ。隠れないで出てこい！」と怒鳴るようになってしまったとのことです。不安になった両親はＡ君に「知らないおじさんなどが、お前のことを監視しているはずはない」「それはお前の思い過ごしだ」と説得しましたが、かれは頑として「ボクの思い過ごしなんかじゃない」「事実、窓の外でボクを批評するおじさんの声が聞こえる夜もある」と言い張る始末です。

そこで、ある日、また両親で「お前は考え過ぎて神経が参っているのかもしれないから一度、病院の先生に診てもらおうか」とおそるおそる提案したのですが、Ａ君は理由にならない理由をいろいろ挙げて、「自分は間違っていない。悪いのはボクをつけ回すおじさんと、ボクのことを理解してくれない学校とお父さんお母さんのほうだ」と頑強に主張して、自分のここ

ろの健康に問題があるかもしれないとはまったく認めないので、両親はほとほと困っているのでした。

B氏

B氏は、三六歳のある会社の事務系の係長です。さっきから同じ事務室に座って外部と盛んに電話連絡をとっている課長の視線がなんだか気になって仕方がないのです。以下は、私ことB氏の述懐です。

電話の内容は、私の仕事上のミスが原因で取引先に課長が謝っているのだろう。その証拠に課長はこちらをうかがうような視線を投げかけてくることから分かるのだ。課長は私のことを気障りに思っているのである。このあいだ駅前の赤ノレンで一杯やっているときに、大学当時の同級生で、ある官庁に勤めている友人にその気がかりを話したら、「そんなことはないだろう」と慰めてくれたが、一時の気休めに言ったに違いない。

そういえば、事務室のなかの皆がそわそわしている気配がしている。「あいつのためにオレたちは困っている」と言わんばかりの態度なのだ。きっと、帰りにどこかの喫茶店で、私の問題の善後策を私を除外して相談することになっているのだろう。そこで、私は終業のベルが鳴ったとたんに、皆にアイサツもしないで、会社を出て、駅に急いだ。駅前の雑踏を突き進んで改

札口にやっと着いた。私が消えたので、みんなはほっとしているに違いない。プラットホームに昇ると、そこで電車を待っている群衆は、「アイツがきたぞ」とお互いに合図しあっていることは明白だ。ホームの放送は、その暗号なのである。

この駅は入社以来の、この十数年間、乗降を繰り返したのだが、このごろは、いよいよ世の中の終わりが迫っていることは疑いないのである。郊外に小さな建て売り住宅を買ったのは、つい三年前で、ローンがたくさん残っているのに、こんな異様な雰囲気の会社や通勤コースでは、果たしていつまで働けるか不安だ。妻は、いちど念のため病院の先生に相談してみたらと言うが、悪いのは会社の連中で、私はその当てつけの被害者なのである。病院に行くべきなのは彼らの方なのだ。絶対そうだ。駅の放送も、彼らが駅長に頼んでやっている、私への嫌がらせなのである。

この日から三ヵ月後のある日、私は妻と会社の別の課長に付き添われて病院へ行かされた。妻に告げられた病名は「精神分裂病」だったと、だいぶ後になって聞かされた。それと「発病は、ずっと以前のはずで、今まで何とか、かつかつ適応できていたに相違ない」とも言われたというのだ。そういえば高校のとき、からだの不調で内科にかかったら「神経衰弱」と言われたことがあったのだ。もしかしたら、それが発病だったのかもしれない。四ヵ月ほどの休職と通院治療で、職場に復帰したのだった。今は職場の雰囲気はすっかり明るくなっている。今に

なって思うと、当時は確かに私は病気だったのだと気がついた。
治療を受けて本当によかったと妻と上司に感謝している。

C子さん

C子さんは、高校二年生のとき、自分がクラスメート全員から嫌われていることに気づいたといいます。その証拠に、教室にC子さんが入ったとたん、それまで気軽に談笑していたみんなは、静まり返るようになるからだと彼女は話します。しかも、注意して教室内の様子をC子さんが観察してみると、みんなは低い声で、自分のことを話題にして悪口を言っているのでした。そこでC子さんは、ついにたまらなくなって、立ち上がって「私が何をしたというの！」と大きな声で叫んだのです。ちょうど、そのとき教室に入ってきた担任は何事が起きたのか合点がいかず、キョトンと立ちつくしていましたが、やがてわれに返った担任はC子さんのところにきて「心配しなくていいからね」とやさしく声をかけて、クラスの全員に「ちょっと自習していてくれ」と言葉を残して、教室を出ていったのです。

担任は、養護教諭のいる保健室へ相談に行ったのでした。養護教諭は、知り合いの精神科医のところに電話をかけたのです。医師は「あわてないで。ひとまず母親に迎えにきてもらってC子さんには早退してもらいなさい」と助言しました。日を改めてC子さんは、母親と担任に

付き添われて、その医師の病院へ行きました。最初、精神科医のところに連れられてきたことで、緊張していたが、その医師は、素人っぽい雑談しかしないので、C子さんは気楽になって高校生活のことをぼつぼつ話し出しました。

C子さんには、妄想と幻聴が明白にありました。しかも、自分が病気だという自覚は毛頭ありません。三ヵ月ほど精神科の外来に通院して、症状は消えて明るい少女に戻ったのです。高校もなんとか通学して卒業しました。一年浪人して、京都の大学にも入学しました。ただ、それまでは、主治医に近況をいつも報告してくれていたのに、大学入学後はまったく消息は不明となりました。そのうちに、主治医も彼女のことは忘れていましたが、一〇年ほど経ってから一度だけ医師に電話してきたのです。結婚して子供が一人いるといいます。主治医は、よかったなあと思ったといいます。

D子さん

D子さんは、四二歳の専業主婦です。ある朝、ベッドで目をさますと、いつもの見慣れた、出窓の外に広がる庭の木々の緑も草花の色彩も、ことさらあざやかに輝いていることに驚きました。起きあがってみると自分のからだとは思えないほど軽くなっています。それで、短大時代の友人たちに電話を次々にかけて話したい衝動にかられて、それを実行したのです。友人た

気遣いはD子さんには思いもよらなかったのです。がつかなければならないのに、こころが浮き浮きして幸福な気分が充満しているので、そんなちも、自分と同様に一家の主婦ばかりですから、こんな時間には朝の家事で忙しいはずだと気

次から次へと変わる彼女の話題に、友人たちはうんざりして「またD子のいつもの病気がはじまった」とお互いに連絡をとりあったといいます。ひととおり電話をかけまわると、D子さんは、夫や子供たちのための朝食の支度もせずに、いつもより派手な洋服をきて、外出してしまいました。

私鉄の駅へ行く途中で出逢う学生や出勤途中の会社員たちに気軽に声をかけていきます。面識などない人々なので、みんなキョトンとした顔つきをするのに、彼女はそうと気がつきません。こんな明るい幸福感にみちた朝だから、そうしないではおれない気持ちだったのです。それから都内をどう回ったのか思い出せないのですが、とにかくD子さんは、正午ごろには自宅に帰っていたのです。おとなしい夫は会社員ですが、このような行動を彼女の軽薄さとか、わがままのせいだとしか思っていないで、その日の夜にD子さんをなじりました。彼女は、これにたいして口汚くののしりつづけるので、夫はあきれて寝室に引き上げてしまったそうです。

何日かしてそのうちに、D子さんは、もとの控え目で平凡な主婦に戻っていたのです。一家はふたたび平和な家庭になっていました。

ある日の午後おそく、冷雨が降っていました。D子さんは、何をするのもおっくうに思えて、暗くなりはじめた部屋で明かりもつけないで、ぼんやり座っています。日常生活を思うと、実直な会社員である夫にたいして自分はほんとうに悪い妻だとつくづく感じられ、申し訳ない気持ちで胸がいっぱいになるのでした。もう決して若いとはいえないし、このごろは体調もすぐれず、これから先の健康の自信もなくなっているのでした。今後、どうやって生きていけばよいのか暗澹（あんたん）たる心境です。そういえば、単に体調が悪いだけでなく、夜もなかなか眠れない日がつづいているのでした。夫が帰ってきて黙って明かりをつけてくれましたが、D子さんは声をかける元気もありません。

子供たちも、まだ高校生なのに母親である自分に妙に気をつかっている様子です。それにつけても自分は悪い母親だと考えて思わず涙を落としました。

このD子さんは、その後、どうなったのでしょうか。安心してください。この激しい落ち込みがあってから十数日も経つと、彼女は薄紙を剝ぐように体調も気分も自然と回復してきて、いまではまた元の平凡な主婦に戻って、家事をきちんとこなすようになっていたのです。ある高名な芸術家の夫人が嘆いたように、D子さん自身の故郷で見上げるような美しさはないけれど、どんよりした空の下には、D子さんがいっとき感じた浮き浮きするような輝きも、反対に奇妙な陰鬱（いんうつ）さもない、相も変わらぬ騒々しい東京の街まちが広がっているのでした。

第二群

E氏

E氏は四〇歳の地方公務員です。叔父が大腸ポリープだということで、県立病院の外科に軽い気持ちで入院したのでしたが、開腹手術の結果、がんだと分かり、しかもからだの方々に転移していて、入院七ヵ月めにはついに死亡しました。もともと、頑健でスポーツマンのE氏も、叔父の病気と葬式があってから、自分は胃腸の病気の家系ではないか、もしかしたら大腸ポリープができているかもしれない、もうとっくに大腸がんが進行しているのじゃないかと、不安になりました。そうしたら、最近、よく下痢と便秘が交互におきていることに気づいたのです。

彼は、地下鉄で役所に通勤しているのですが、自宅を出て駅に着くまでに急に腹痛がしてきて、あわてて目の前の喫茶店に飛び込んで、トイレに急行することがしばしばみられるようになったのです。よく血相かえてトイレに直行する自分を喫茶店の従業員が変に思うのじゃないかと不安になるのですが、下痢の発作には恥ずかしいなどという余裕はないのです。自宅を出るまえに何度もトイレに行くのですが、便秘で排便は起きません。しかし、地下鉄の駅に着くまえに、突如、下痢がくるような不安感が襲うのです。

「これは、やっぱり大腸がんに違いない」と心配になり、縁起をかついで、叔父の入院した県

立病院は敬遠して、少し遠くなるけれど、市民病院の人間ドックに入院して精密検査を受けました。その結果は大腸にがんなどないことは言うまでもなく、ポリープもできていなかったのです。検査結果を告げられたとたん、E氏は、目の前が急に明るくなり、下痢もしないようになったのです。診断は、「過敏性大腸症候群」で病気というほどのものではないというのが、担当してくれた外科医の説明でした。

ところが、ドック退院から三ヵ月もすると、E氏は、また便秘と下痢の繰り返しに悩まされるようになったのです。外科医の説明のように病気でもないとしたら、彼の体調不良の原因は何でしょうか。

F君

F君は、二四歳で医学部五年生です。あと一年すれば卒業します。もともと神経質な性格でしたが、勉強は中学の後半から急にできるようになり、高卒後一年間、浪人して予備校にかよいました。

しかし浪人中、医学部志望コースの全国的規模の模試では、つねに最上位の成績をとっていて、予備校のコンピューター試算でも、全国どの難関大学の医学部も合格圏内にあると保証していました。事実、翌年の入試では、いちばん秀才が押しかけると定評のある国立と私立の両

方の医学部を難なく突破したのです。大学入学後の二年間は、登山部とスキー部で活躍し、八方尾根で開かれた東日本医学生インターカレッジのスキー競技会にも選手として参加し、大回転の部で二位に入賞したのでした。

ところが、医学部の五年生になって臨床講義と病院実習がはじまると、講義で説明されるたびに、自分もその病気ではないかと不安になるようになったのです。心臓弁膜症の講義がすんで、昼食に大学生協内の学生食堂へ歩いていく途中で突如、動悸が激しくなったのです。冷や汗も出てきて、とたんに食欲もなくなってしまいます。食堂へ行くのは止めて、午後の講義のある講義室に一人だけで入室して長椅子のうえに横になっていました。しかし、数日するうちに心臓のことは自然に忘れてしまっていたのです。動悸も消えていました。ある日、整形外科で骨肉腫の講義があったら、左の大腿骨が痛いように感じて、また自分も骨肉腫じゃないかと不安になりだしました。

そこで、整形外科の臨床実習のときに、指導医の若い教官にその心配を訴えたら教官は笑い出して「講義をきちんと聴いていたのか。骨肉腫なんかは小児のかかる腫瘍で、きみのような年輩で発病するはずがない」と答えたのでした。そうしたら骨肉腫の不安も大腿骨の痛みも消えていることに我ながら驚いたといいます。

しかし相変わらず、講義で新しい病気の話を聴くたびに、同様の不安が襲ってくるのでし

た。話を聴いても病気の不安が起きないのは、先ほどの例とは別の子供にしか起きない病気とさすがに産婦人科の病気だけでした。F君も、理屈では次から次へと病気の不安をもつのは馬鹿げていると分かるのですが、気持ちのうえでは、不安が湧いてきてしまうのです。それで彼も疲れてしまうので、スキー部の先輩のひとりが精神科医をしていることをコンパのとき自己紹介したのを思いだして、精神医学教室に先輩を訪ねました。若い精神科医はじっとF君の訴えを聴いてくれて「きみの不安はもっともだ。臨床実習のはじまった医学部の学生のなかにときどき見られる『医学生神経症』と呼ばれるものだよ。病気の理解が不十分な段階で起きやすい現象だ。もっと病気にたいする理解が深まれば、そんなものじゃないと分かってきて、不安は起きなくなるものだよ」と説明してくれたのでした。

ところで、ここで不思議に思われるのは、医学部の同級生は一〇〇人いて同じ病気の講義を全員が受けているのに、なぜF君だけが講義で扱われるたびにその病気に自分がかかっているのじゃないかと不安になるのか、です。F君の他にも同じ不安に悩んでいる者がいるかもしれませんが、聞こえてくる限り、大部分の同級生はそんな不安などもたないのは事実なのです。すなわち、同じ状況におかれていても神経症になる人とならない人のいる理由は何か、の問題です。それは、F君の性格にある種の特徴があるからだとみるべきでしょう。このことは2章のはじめで考察します。

G氏

G氏は、三二歳の研究所員です。もともと神経質な性格の人ですが、とくに洞窟とか飛行機の中など狭いところに入ったり、高いところに立ったり、あるいはとがった物を見ると、理屈では恐がる必要はないと分かっていながら、気持ちのうえでは、つよい不安感におそわれて、胸がドキドキして、冷や汗が出たり、吐き気をおぼえ、息苦しくなってしまいます。

夜、寝るとき戸締まりはしてあるか、ガス栓は大丈夫か、などが気になって何回も確認にいかないと安心できず、このような過度の気配りは必要ないと頭では分かっているのに、やはり気持ちのうえでは確認行為をやめることができないのです。乗り物に乗る前から、酔ったような不快な気分がしてきたり、もし乗ってからトイレに行きたくなったらどうしようなどと事前につよく不安に思え、あるいは現実的な不安材料がないのに何となく恐怖感が湧いてきて心臓が高鳴ってきたり脱力感におそわれるのでした。

H子さん

H子さんは三九歳の女性で、障害者更生施設に入所して、社会復帰のための指導を受けています。もともと脳波異常はあったのですが、ある時てんかん発作をほとんど間断なく繰り返し起こすようになったのです。てんかん発作重積症という危険な状態になったかと医師が判断

し、そのための応急処置として、てんかん発作重積状態に著効する、ある種の薬物を静脈注射しました。しかし、一向に発作が収まる気配がないので、さらに静脈注射をつづけたのですが、当然、効果が現れるはずなのに効いてきません。そこで医師は、これはてんかん発作重積症ではないだろうとの疑いを持って、この人の日常生活の様子を施設の生活指導員から聞いてみました。自分の都合が悪いときで、しかも周囲に助けてくれる人がいるときに限って、この種の発作を起こすことが判明しましたので、以後は、発作がきても注意ぶかく観察はするけれど、見て見ぬ振りをすることを関係者が申し合わせて実行したところ、発作を起こしかけても自分から発作を切り上げて、さっさと立ち去ることが観察されるようになったのです。

精神病と神経症の見分け方

前項でみてきた実例の第一群は、本人自身はこころの不調を自覚しないものの、行動上の大きな逸脱を呈するために、周囲の人々に尋常でないと感じさせる状態で、これが精神病の例なのです。

これにたいして、実例の第二群は、周囲の人々には奇異を感じさせませんが、本人自身が日常生活を送るうえに重大な支障となるほどのこころの不調を自覚する状態で、これを神経症と呼んでいます。

		言動に対する周囲の人々の感想	
		了解できる	了解できない
本人の自覚	病識あり	神経症	
	病識なし		精神病

I－1　精神病と神経症の見分け方。見分け方の要点は、了解性と病識の有無の2点である。すなわち、精神病の人は、その言動が周囲の人々から見て理解できず（了解不能）、しかも本人は自分が異常だという自覚をまったく持っていない（病識なし）。これに対して神経症の人は、その言動の内容は周囲の人々から見てオーバーながら理解でき（了解可能）、かつ本人も自分が治療を必要とする病気だという自覚を持っている（病識あり）。

つまり精神障害は、精神病と神経症に二大分類されます。精神病は、本人は異常と自覚してはおらず（精神医学用語で「病識がない」という）、周囲の人々にとっては言動の有り様は訳が分からない（精神医学用語で「了解不能」という）のです。いっぽう、神経症は、本人は自己のこころの状態は普通でないと感じている（「病識あり」）のですが、周囲の人々にとっては、多少オーバーな感じ方だと思わせるけれど訳は理解できる（「了解可能」）状態なの

です。

つまり、本人の自覚の点で病識なく、かつ言動が周囲からみて了解できない場合を精神病といい、本人の自覚の点で病識があって、かつ言動が周囲からみて了解できる場合を神経症と呼んでいるのです（I—1）。

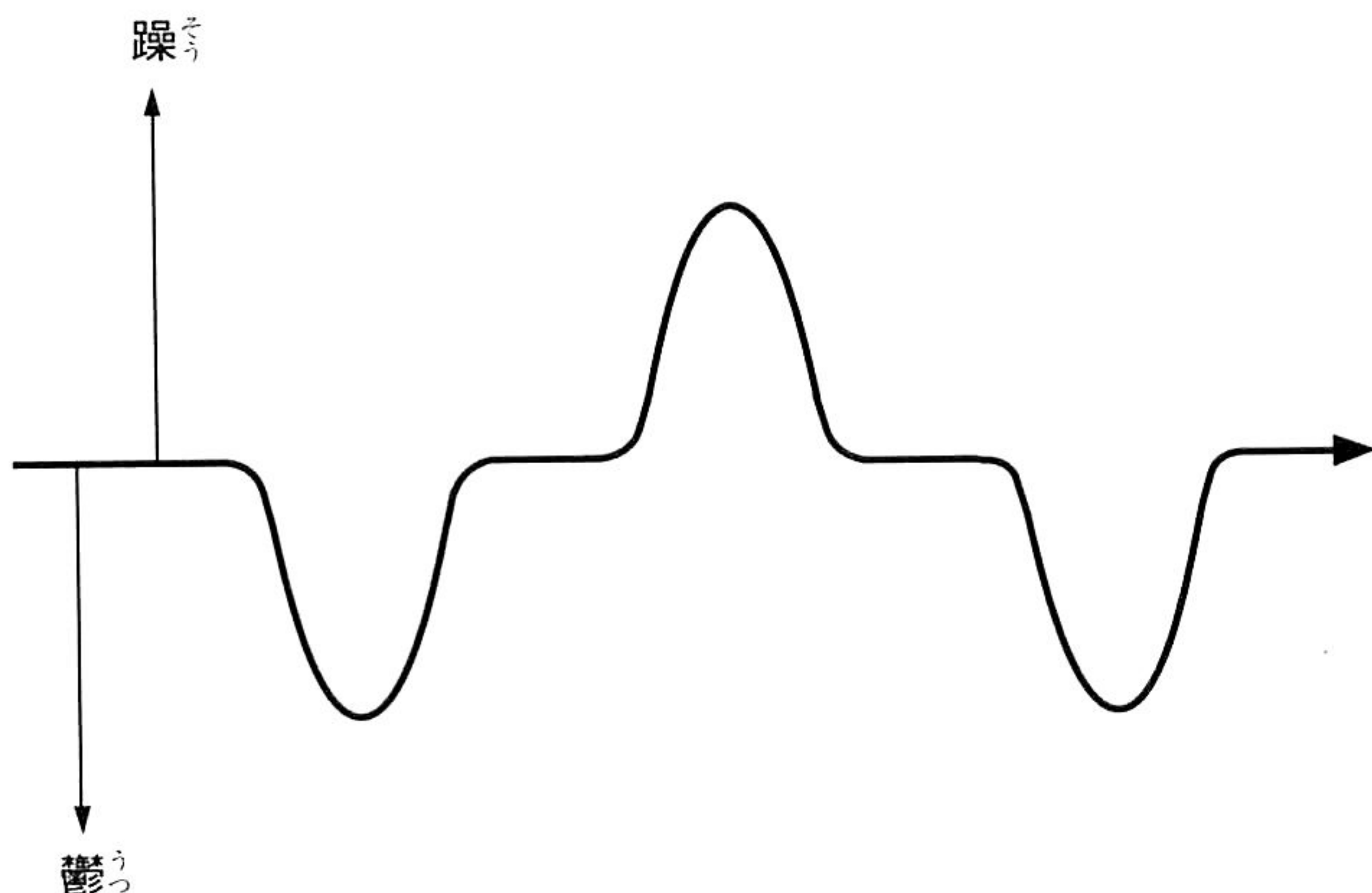
そこで、個々の実例について検討していきましょう。

心理的にわけが分からない精神病

A君は、高一の夏休みあけごろから、しだいにだらしなくなり、性格変化をおこしてきました。「ひとりのおじさんが、じっとボクを観察していて校長に通報している」「それは校長のそぶりから分かる」というのは、被害妄想、関係妄想です。つまり、了解不能です。いっぽう、両親から「そのようなことはあり得ない」と説得されても「ボクは間違っていない」と言い張り、「病院で診てもらおう」と勧められても、頑強に承知しないところは病識なしと言うべきでしょう。特異的な精神症状からはもちろん、年齢からみて、また性格変化の点からもA君は精神分裂病です。

B氏は、課長の視線に被害的な意味を察知し、職場内の自分にたいするよそよそしい雰囲気、帰宅途中の駅の群衆の態度とプラットホームの構内放送のわざとらしさ、などの特異的な

躁（そう）

鬱（うつ）

1－2　躁鬱病の周期性。躁状態だけ繰り返す人、鬱状態だけ繰り返す人もいる。しかし、躁状態の人がいつの間にか鬱状態になる例が多い。そこで躁病と鬱病は、周期性を示す同一病態だと考えられている。いずれにせよ、躁鬱病には周期性があるのが特徴である。

被害妄想、関係妄想などから、精神分裂病なのです。

C子さんも、教室内の異様な雰囲気を感じとったのは、妄想気分というべきもので、かつ自分にたいするクラスメートたちの当てつけ、悪口をひそひそ言っているなどは、被害妄想、関係妄想であって、しかも「やめてー!」などと叫んだのは、自分に悪いところがなく、悪いのはみんなだ、という病識なしの行動でしょう。やはり精神分裂病です。

D子さんは、右の三人の例とは異なっています。精神分裂病に特徴的な被害妄想などはD子さんには片鱗もなく、反対に気分昂揚し、幸福感

にみちて、行動は軽薄さいっぱいです。やがて気分がどんどん落ち込んできて沈鬱（ちんうつ）になってしまいましたが、そのうちに元の平常さに復帰しました。大した動機もなく（了解不能）、軽率さの自覚も当座なく（病識なし）、このような気分だけの周期性の浮き沈み（I―2）は、D子さんの精神障害が躁鬱病であることを示しています。

以上の第一群の四例は、前者の三人が精神分裂病で、最後の一人は気分障害としての躁鬱病でした。いずれもありふれた、代表的な精神病の患者さんです。

心理的にわけが分かりそうな神経症

しかし第二群の実例は、精神病である第一群の人たちとは趣を異にしています。

E氏は、下痢と便秘の繰り返しで、便失禁の恐怖から通勤に支障が生じるほど激しくなったのです。原因としては、「大腸がんで亡くなった叔父さんと同じように自分も大腸がんになるのではないか、すでにもう発病しているのじゃないか」と不安が頭を去りません。こういう病気恐怖は私たちにも多かれ少なかれありますし、E氏の心配は、あながち荒唐無稽だと決めつけられません（了解可能）。E氏自身も外科に受診し、その方面の精密検査も受けて大腸がんは否定されていますので、自分の気にしすぎだと理屈では自覚（病識あり）しているのですが、感情のうえでは再三に不安が襲ってきます。

これが神経症です。それでは叔父さんの大腸がんのための入院、死亡が原因かといいますと、身内に似たような病気がある人は大勢いるのに、大半の人々は、E氏のような不安にがんじ搦めにはならないのはなぜでしょうか。叔父さんのエピソードなどは、単なるきっかけにすぎず、E氏のごときこだわりの真の原因は彼の性格に問題があると考えることが妥当なのです。このことは、「II　精神障害の原因と治療」のところで再度、考察します。

F君の医学生神経症は、E氏の病気恐怖の場合と似ています。F君も臨床医になって経験を積むようになれば、病気恐怖から脱出することでしょう。F君の悩みは生半可な知識がもたらした産物と理解できます（了解可能）し、かれ自身、どうも自分の気にしすぎだと自覚して（病識あり）いますので、神経症であることが分かります。

G氏は几帳面すぎる元々の性格が昂じて、完全癖に自身が縛り付けられていることが観察されます。かれも、自分から心配性だと苦笑しながら、確認しないではおれない気持ちになってしまって苦しいともらしています。病識もありますし、その強迫的な行動も理解できる（了解可能）ところです。神経症は、このように真の原因は当人の元々の性格の問題性にあることが分かります。心因（心理的原因）などは単なる誘因（きっかけ）にすぎず、症状形成の比重は小さいものなのです。

H子さんは、脳波異常があり、てんかん発作の既往もあったので、発作の頻発に重積症を疑

われたのは無理もありません。しかし、重積症に著効のある薬の静脈注射にも効果なく、重積症以外のものを考える必要を感じた精神科医は、発作頻発時の模様と日ごろの行動特徴から、彼女の性格に問題があることを突き止めました。一見の発作頻発にも目的があって、周囲の人々の注目をあつめるためであり、かつ発作様行動で負傷する事態を巧みに回避していることで、了解可能な精神障害であるヒステリーであることが判明しました。病識は神経症のようには明白でありませんが、ヒステリーは神経症の一種とされています。

精神障害は、誰にでも起こり得る

この本をお読みになる大部分の方は、精神科のようなところへ行かれたことがないことはもちろん、精神科医という専門医に会われたこともないのではないかと思います。精神科の診療場面などは、テレビドラマで放映されることがたまにありますが、私のような精神科医からみますと、それらは実際のものとはかなり違っています。

一方、精神科の診察を受けに、はじめてお出でになりますと、医師は診察を受けられる人とか家族から親子三代ぐらいの親類のなかに精神障害にかつてかかった人はいないか、と尋ねるのですが、ほとんどの場合、そのような病人はまったくいないという答えが返ってきます。

しかし、世の中の精神障害者の発生率からいいましても、また実態の調査からでも、親子三

代にわたる家族や縁者に精神障害にかかった人がいない家系などは、まずないのです。自分やきょうだいでは精神的に健康に思えても、これから生まれてくる子供が精神障害になる例は決して少なくありませんし、親や自分自身が年をとってから痴呆状態にならないという保証は、誰にもないのです。

ほどほどの経済的豊かさに達した私たちの日本社会ではありますが、物の豊富さにともなって、こころの面ではどんどん貧困になってきていると指摘されますし、私たちのこころをむしばむストレスは、しだいにつよまってくるとも警告されています。しかし、実際には精神面の状況はどうなのでしょうか。このような、こころの領域の困難さが増強するといわれる環境のなかで、私たちはどのようにしたら、平穏な日常を送ることができるのでしょうか。

現実を見据えたうえで実際的な対策を講じることの大切さ

いろいろな社会現象が突発する日本で、なぜそのような事件が多発するのかということに対しては、さまざまな解釈や解説が評論家やジャーナリストによってなされ、毎日のようにテレビのワイドショーなどで放映されています。しかし、単なる解説や評論だけでは、私たち個人個人のこころの生活の改善向上にはあまり役立ちそうにありません。そこで精神科医の一人として、このような現代のこころの問題について私見を述べて、困難な精神的状況の克服に資し

たいと考えてみました。

私は、これまで三十数年ほど精神科医の仕事をしてきましたが、勤務した精神科は、日米の大学病院の精神科と国内の総合病院の精神科だけです。つまり、いわゆる精神病院といわれる単科の病院の正式職員の経歴はまったくありません。大学病院とか総合病院の精神科におりますと、他の診療科の患者さんを診療する機会がたくさんありますし、一般の診療科の医師とも情報交換する場面が多いので、心身症とか不定愁訴をもった、ふつうの人々のこころの問題の相談援助をする仕事も多いのです。このような立場から、私たちのこころの健康を確保増進させる道を読者の皆さんと探っていきたいと思います。

2　こころの問題は分かりそうで分かりにくい

精神障害をあつかった報道には間違いが多い

新聞やテレビなどで報道されるトピックスの中でも、天体のこととか原子の微細構造などについては一般の人々が自分の感想や見解を言うというような現象はまずみられません。しかし、いじめとか大量殺人事件といったことについては、ほとんど日本人のすべてが自分の意見や提案をしてくるということが見られるのは、なぜでしょうか。

その理由は、それが単なる科学知識のようなものではなく自分や家族にとっても何時ふりかかってくるかもしれないという重大な社会事件であると同時に、おそらく人間の行動に対しては、理解しやすいと私たちは思いこんでいる面があるからではないでしょうか。

ところで、人間の行動上の問題について各自がどのような見解をもつかは、それぞれの立場から思いつくものを基盤にしていろいろな内容の見解をもつのです。「カメは自分の甲羅に似せて穴を掘る」といわれるように、他人の行動についての批判は、一面では、当の批判者の実態を露呈していると見ることもできるわけです。このようにして、他の人間の行動に対しては、誰もが自分の身に引きくらべて意見をもつのでしょう。その主なものとして、心理的な因果関係の論拠から自分なりの解釈をするわけです。

しかし、人間の行動というものには、ふつうの人々の理解を超えたものもあるのです。つまり、常識として世間で通用している心理的な因果関係では説明できない、例外的なものもあることを私たちは認識している必要があります。

こころの問題は誰にも理解しやすいように見えます。事実、そういうものが大部分でしょうが、場合によっては、専門的知識や診断技術によらなければ判断できない、こころの現象が一部分にはあるのです。この精神病理と呼ばれるものの診断と治療の実施には、高度な専門的技術を要し、しかも医師法と精神保健福祉法（一八一ページ参照）によって他の職種の参入は厳

に禁止されている、精神科医の独壇場なのです。

精神障害の誤解される理由

精神医療にたいしては期待が大きい一方、正しい情報が人々に伝わっておらず、精神科医と一般の人のあいだには認識のズレがあるようです。

これからは物の豊富さよりも、こころの豊かさが大切だ、騒々しい繁栄よりもこころ静かな、落ちつきのある生活を求めていこう、ということに私たちはようやく気づきました。それを実現するために、こころの傷つきからの回復はもちろん、さらに積極的にこころの健康の増進を担当しているのは医療面では精神科のはずです。

しかし、その精神科にたいして、理屈では大きな期待が寄せられる反面、実状では社会の中だけでなく病院内でさえも評価が、他の診療科とくらべて決して高いとはいえないのです。社会的役割が今後ますます大きくなっていくと誰もが予想しているのですから、精神科は他の診療科よりも高い評価をされて当然だ、とまでは言いませんが、いちだんレベルの低い科のように考えられていることは否定しようがないようです。

なぜでしょうか。精神科医である私からみますと、それは精神科にたいする誤解のように思われます。

誤解されてきたのには、それ相当の理由はあった

精神科が他のいろいろな診療科とくらべて高度な医療を行っている科であるとは決して思われていないのは、歴史的な経緯も要因の一つだと推定されます。一九六〇年前後に日本では精神病院新設ブームがおこりました。そのころに私は精神科医になっていましたので、その事情をつぶさに見てきました。当時は、その後の土地の高騰以前でしたし、精神病院の設立が経営上でうまみがあったのです。そのブームによって、それまであまり陽が当たらなかった精神障害の人々が診療を受けられるようになったという利点もあったことは事実でしょう。

ところが、精神病院を新設して運営にあたるようになった院長は、精神科の研修経験のまったくない、他の診療科からの転向医が決して少なくなかったのです。また、そのような精神病院の勤務医にも基礎医学とか他の診療科からの転向医が比較的多かったのです。このことが如何に奇異な現象かといいますと、たとえば、昨日まで基礎医学の研究者とか皮膚科や糖尿病専門などの内科系診療科の医師だった人が、今日からは外科医として手術室に入って手術をはじめたり、内視鏡を使って胃腸のなかを覗いて診断することなどあり得ないのに、これに類した診療行為が精神科では横行していた事実もあったのですから、これで専門医だと直ちに評価してくれなどとは期待するほうが無理でしょう。

今から少し前までは、薬を使えば使うほど病院の収入があがる医療制度でしたから、薬漬け

という現象が一部の精神病院でみられました。精神科診療は手術などのように一人ひとりの患者さんをていねいに診療するというよりも、いわば集団として診て、大量の向精神薬を投与する、つまり一人あたりの患者さんの診察は何週間に一回というようなやり方になりがちな精神病院なども、なかにはあったのでした。精神症状との理由から外部との電話や手紙なども制限されることもありました。このような診療の実態や人権上の問題が何年か前に新聞やテレビで大きく報道されて、一部の精神病院の診療のあり方が、世間の人々の批判にさらされることになったのでした。

しかし、精神保健福祉法という新しい法律のもとに、精神保健指定医制度が充実し、精神科でも患者さん側へインフォームド・コンセントが実施されることが常識になって、また閉鎖病棟内にも公衆電話の設置が義務づけられ、経営上でも薬物の大量投与による長期入院などでは収入がそれほどあがらなくなったことなど、精神病院の診療は医療上でも人権上でも大きく改善されたのです。

もう一つ精神医療が誤解された事情に、一九五〇年代ごろに一部の患者さんにロボトミーという脳の手術が行われて、そのための後遺症として、運動障害やてんかん発作が起きた例もありました。しかし、そのような犠牲のわりには精神症状の改善に大きな効果はなかったではないかという批判が一時まきおこりました。これは精神外科と呼ばれて、興奮などを抑える目的

で、情動の中枢と考えられた大脳の前頭葉の神経線維の部分を切ってしまうものですが、こんにちでは行われておりません。医療で実施される治療法というものは、その時代の医学水準で最良と判断されるものを実施するのであって、時間がたって研究が進歩すれば、かつて最良とされた治療法が実は無効であったとか、むしろ有害であったことが明らかになって、以後は実施されなくなる例はときに起こってくるものなのです。

精神外科もこのような例の一つと考えられるのではないかと思います。しかし、精神外科の一件をもって、精神科の治療法がいい加減なものだと断定するのは当たっていないのではないでしょうか。大切なことは、紆余曲折(うよきょくせつ)を経ても精神障害の原因のあくなき追究による、正しい治療法の開発への努力にあると思われます。

知らないものに対する警戒心と恐怖心

精神病でなくても、人格障害などの精神障害の人の行動は、一般の人には不可解なものが時にあります。また本書では取り扱いませんが（心身障害については巻末の参考文献にあげた私の著書をごらんください）、知的障害の人の行動でさえ、世間の人々には理解できないことがありますので、必要以上の警戒心と恐怖心を呼ぶのです。すなわち、精神障害の本態について世間の人々には正確な情報が伝えられていないために、誤解を生むのです。私たち人間には、

知らないものに対して実際以上に警戒したり、恐怖感を抱くという性質があります。そこで、精神障害についての正しい情報を人々に、たとえばこの本のようなメディアをとおして、伝える責任が専門医としての私たちにはあるように思われます。

言い訳や自己宣伝をしない精神科医

ところが、当の精神科医は、一般に、個々の精神障害の人には、熱心に診療援助しますが、社会に向けて正確な情報を伝えることには積極的にならない習性があるようです。たとえば、一般向けにやさしい解説書などが精神科医によって書かれることはそれほどありませんでした。一般論のような書物や放送では、本当のことは伝えられないという至極当然な理由もあるのでしょう。

日本には数千人以上の現役精神科医がいるのに、その診療活動が世間の人々には分からないのは、このような精神科医特有の傾向があるからだと思われます。診療を依頼してきた個別の患者さんとその家族には支援する使命感を精神科医はもっているのですが、宣伝や解説書の出版などによって自己を顕示しようという意思は、正統な精神科医には少ないといって間違いはないのです。このような従来の精神科医の特異性も、精神障害が社会で理解されることが乏しかった一因といってよいでしょう。

精神科というと、なぜか、まがまがしい場所のように世間の人たちから思われているようですが、それは精神障害者にたいする偏見につながっている現象でもあります。このような印象をもたれるのには、精神病院が地域から孤立していて、私たち精神医療の従事者が積極的に地域へ働きかける努力が足りなかったと批判もされています。しかし、精神病院で療養している患者さんたちも従業員らも血も涙もかよっている普通の人間でして、精神病院は何らおどろおどろしい場所などではないと精神科で四〇年ちかく患者さんと暮らしてきた私は思っています。

精神科に行きにくいのはなぜか

それでは、こころの悩みに対しては、精神科で相談するのが、もっとも安全で的確な治療が受けられるようになる道だとしても、実際問題としては、なんとも精神科というところは気軽に行くことができるとは言えないのも現実です。それはなぜでしょうか。

こころの病というものは、その人の人格に関わる問題と見なされています。たとえば、人々は「歯が痛むので、歯科にかかっている」ということは平気で口にしますが、「精神科にかかっている」などとは気軽に言ってはおりません。

しかし、病気のときには、それを専門にしている医療機関に受診することは歯科でも精神科でも違いはないはずなのに、実際にはかなり受け取られ方が違うのは事実です。それは、精神

科に対する誤解の一つの表れでもあるでしょうが、精神科とか精神科医についての正しい知識が少ない事実も一因だと思われます。
何事でも、本態がわかっていないときは、人を不安にするものだと繰り返し述べてきました。そこで、精神上の悩みとか病気、さらに、それらの相談や治療を担当している精神医療の実態をわかりやすく解説して、人々に理解していただく一助にと、この本を書くことにしたのです。

3 非専門治療の危険

こころの悩みで相談に行く先

私たちが、こころに悩みを持つことはしばしばあり得ることですが、そのような場合には、人々はどこへ相談しに行くのでしょうか。親やきょうだい、あるいは学校の教師、職場の同僚とか上司のところへ行くことも多いでしょうが、それらは、相談業務を職業としているところではありませんので、いわば人生相談のようなもので、ここで問題とするテーマにはならないでしょう。
職業人が、こころの相談にのってくれるところは、本業であれ、副業であれ、病院など医療

機関以外にも、こんにち、種々あります。伝統的な寺院、教会、さらに新興宗教所、最近になって普及しだした心理カウンセラーによる「こころの相談室」からオカルトじみたカウンセリング講習会まで、いまや日本社会では相談指導とかカウンセリングが花盛りの観があるほどです。これらは、日本ほど安易に商売になるところはないと、アメリカの一部の心理業者の市場になっている現れと見ることもできるでしょう。

こころの悩みを救う非医療機関の実力

ところで、私が駆け出しの精神科医だったころ、精神医学会で「新興宗教と精神科との、精神障害をなおす実力の比較調査」という研究発表を聴いたことがあります。それによりますと、「新興宗教所でも、神経症のようなものの治り方には精神科に劣らない実績が認められた。しかし、精神分裂病のような精神病では、新興宗教所にはまったく治す実績は認められなかった」というのが結論でした。

この調査結果を聴いたとき、私は「精神科も、精神障害のものによっては、案外実力がないのだなぁ」と思ったものですが、今になって考えてみますと、当然の結論であって、異とするに当たらないと気づきます。想像してみますと、こんにち、普及しようとしているカウンセリング所でも、神経症などに対しては新興宗教所と似たような治療成績を挙げる場合があること

でしょう。

それでは、精神病のような神経機能の異常、すなわち生物学的原因で発症してくるものは、薬物療法のような、物的手段も駆使する精神科が治療を担当しますが、神経症はカウンセラーの担当にしてもかまわないのでしょうか。棲み分けが可能、あるいは望ましいのでしょうか。これは重要な問題をもっていますので、詳しく説明しましょう。

病気を見逃す非医療機関の危険

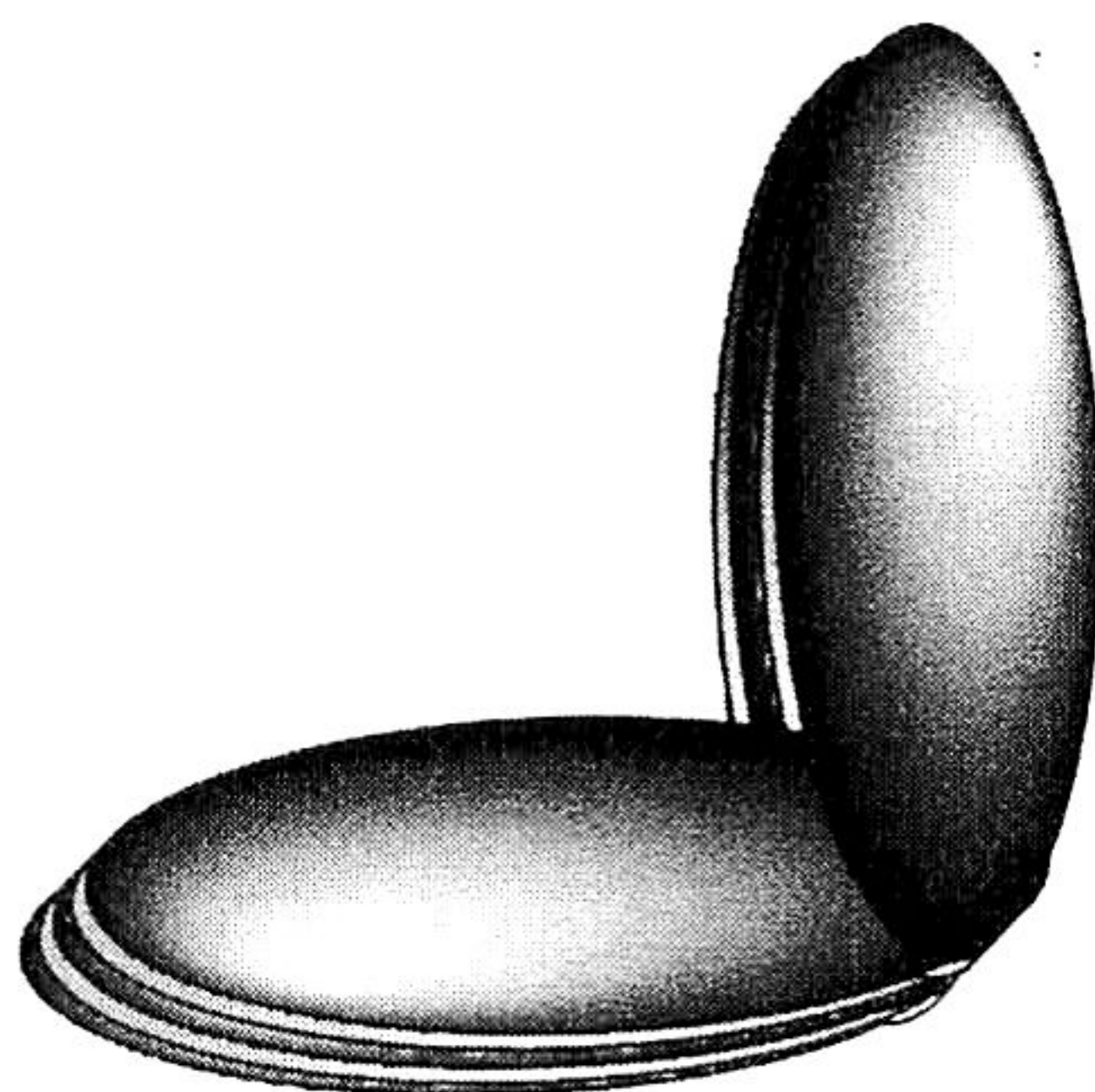
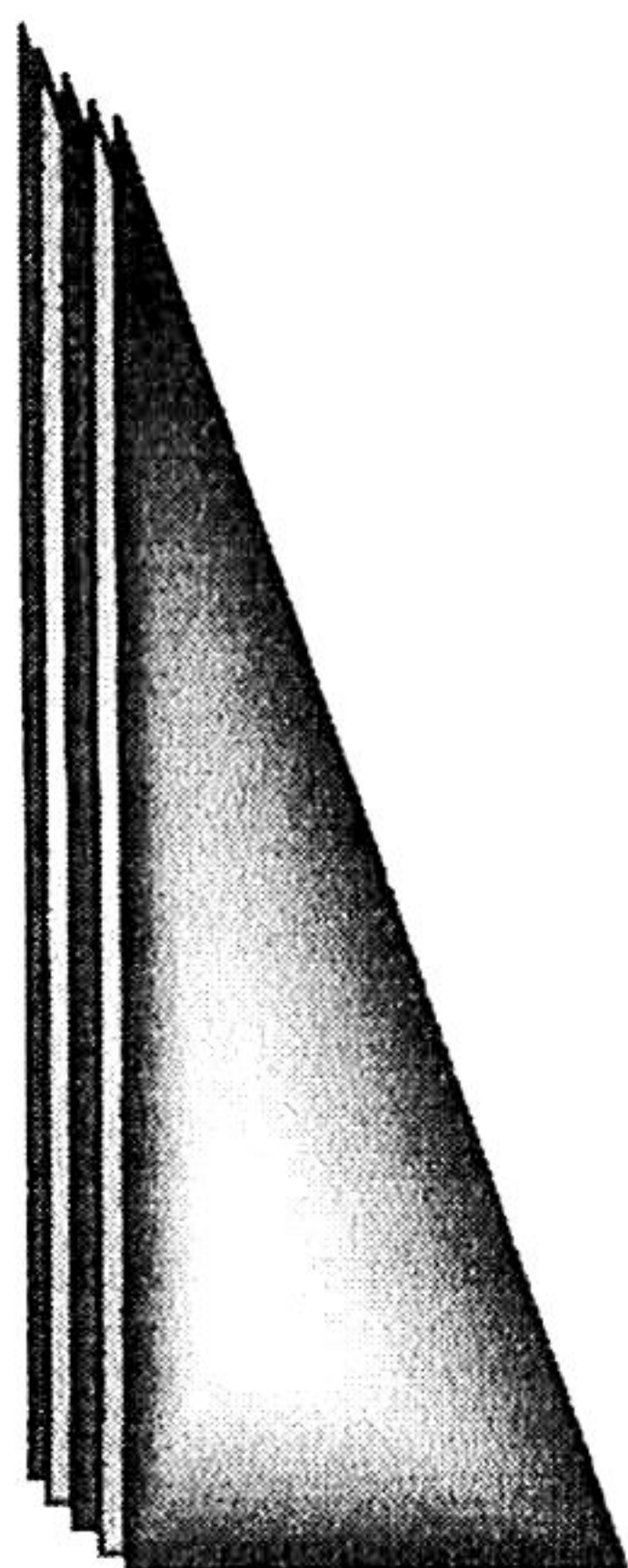
しかし、ある一人の特定の人が、神経症か、または精神病かと、如何なる職種の者でも見分けられるのでしょうか。だいいち、その見分けは、最初の診察、すなわち初診では精神科医でも常に可能とは限りません。現実には、精神療法という治療を継続しながら、しだいに診断を確定していくのです。これを、経過診断といいます。

したがって、初診で、精神科医が神経症か精神病かと見分けて、神経症ならカウンセラーに送り、精神病なら精神科医のところで治療するというようなシステムは、実際には成り立ちにくいのです。また、症状が軽いから神経症、重いから精神病などという単純なものでは決してないのです。

まして、心理カウンセラーが最初から心理的問題だとみなして、こころの悩みをもった人を

抱えこんで心理治療を延々と継続していくことは、精神障害の診療という点からいいますと、非常に危険な事態になりかねないということを精神科医として恐れます。その危険性の根拠を後の章で説明します。

II

精神障害の原因と治療

1　ショックで精神病になることはあるか

ショックと精神障害

わが子の死とか、事業の失敗で破産したとか、あるいは信じていた最愛の人に裏切られたとかの、大きすぎる精神的ショックから精神病になったという話は、物語や噂でも読んだり聴いたりすることがありますが、そのようなことは実際にあるのでしょうか。悲しい出来事にあえば、誰でも多かれ少なかれショックを受けるでしょう。しかし、精神医学的には、そのような出来事が原因になって精神病になることはないのです。もし、大きな精神的ショックで、精神病になるのなら、人間なら誰でも一生のうちに精神病にならないですむはずがないでしょう。のちに述べるとおり、精神的ショックが原因で起きるのは、一時的なこころのある種の不安定状態であって、精神病のような永続的なこころの変調ではないのです。

一見、原因のようには見えますが、単にきっかけというか、たまたま精神病が発病する時点の前後に、こころに引っかかる出来事があって、精神症状が起きてしまう例はあります。これを医学では誘因と呼んで、原因とは厳密に区別しています。精神障害では、原因と誘因の区別が重要なのです。

すなわち、原因のように見えても、実際には誘因にすぎないことがあります。たとえば、「靴のひもが切れたので、幻聴がはじまったのだ」とか、「大木の葉がざわざわ鳴っていたので、自分をじっと見つめている大勢の人々のいることを察知したのです」と、精神分裂病の人が話す例がありますが、いくら患者さんがそう確信していても精神医学的には、原因とするわけにはいきません。こころの持ちようで、精神病になったり、ならないですむというようなものではないのです。

つまり、精神的に何かふつうでない状態になると、その原因として相当する出来事があったのではないかと人々が考えをめぐらすのはよく見られることですし、無理もないことです。しかし、そのような出来事が起きたことが果たして原因かと検討してみますと、当人こそはそういう精神状態になったとしても、他の人が同じ出来事にあっても、そのような精神状態になるとは限りませんので、原因のように見えても、それは単なるキッカケすなわち誘因にすぎず、実はふつうでない精神状態の原因としては、当人の元来の性格上の弱さが、より重要な意味をもっていることがわかります。

ショックでつよい心理反応を起こす人と起こさない人

同じような不幸な目にあっても、大きな打撃を受けたととって、精神的不調を起こす人がい

る一方、アッケラカンとしてこたえない人もいることは事実です。

I子さんとJ子さん

たとえば、阪神大震災にあって、家は壊れ家族も亡くなった場合には、その災害をキッカケとして精神的不調を起こす人が見られたことは、周囲の人々にも十分に理解ができます。三七歳の主婦のI子さんは、大地震が起きたために、気分は極端に落ち込み、不眠や食欲不振など、からだの不調をきたして仕事も手につかなくなってしまいました。このようにたいへんな出来事のあとにひどく落ち込んで調子が悪くなることは、ありがちな現象です。もし震災のような不幸な事態にあわなければ、この人は無事な日常生活を送っていたに違いありません。このように不幸な出来事とつづいて起きた精神的不調のあいだに因果関係が濃厚に観察される例を心因反応と呼びます。

ところが、I子さんの家の隣の、四五歳の主婦であるJ子さんの家も、阪神大震災のために家は炎上するし、娘さんは大腿骨を骨折するしで、I子さんの家族に劣らない被害を受けたのです。しかし、J子さんは、避難所で暮らしながら不眠もからだの不調も起こすことなく倒壊したわが家にかよって、けなげにも後かたづけに精を出すだけでなく、娘さんを京都の実家に預けて病院の入院の手配をして、そのうえ炊き出しなどの救援活動に協力したのです。

なぜ、同じ程度の被害をうけながら、I子さんは茫然自失となり、反対にJ子さんは前向きに果敢に事態打開に立ち上がったのでしょうか。その分かれ道は何か、を十分に検討しなければなりません。つまり、原因になった不幸な出来事の重大さだけからは、精神的不調の大きさは決まってくるものではなさそうなことが容易に想像されます。

その理由は、後のところで考えてみましょう。J子さんでも当初から平気だったとは思えません。一時的にはショックを感じたはずです。しかし、I子さんはショックからなかなか立ち直れなかったのに、J子さんは、いち早く立ち直れたのでした。

すなわち、阪神大震災のように大勢の人々が共通の悲しい出来事などに出あえば、こころにショックとなって、誰でも、一時的に驚いたり茫然自失におちいることは当然です。つまり、ショックを起こすこと自体は、正常な心理反応なのです。しかし、そのためにいつまでもショックが尾を引いて通常の生活に戻れなかったり、仕事ができなくなってしまったりする人がいる反面、比較的はやく立ち直ってくる人もいるのです。

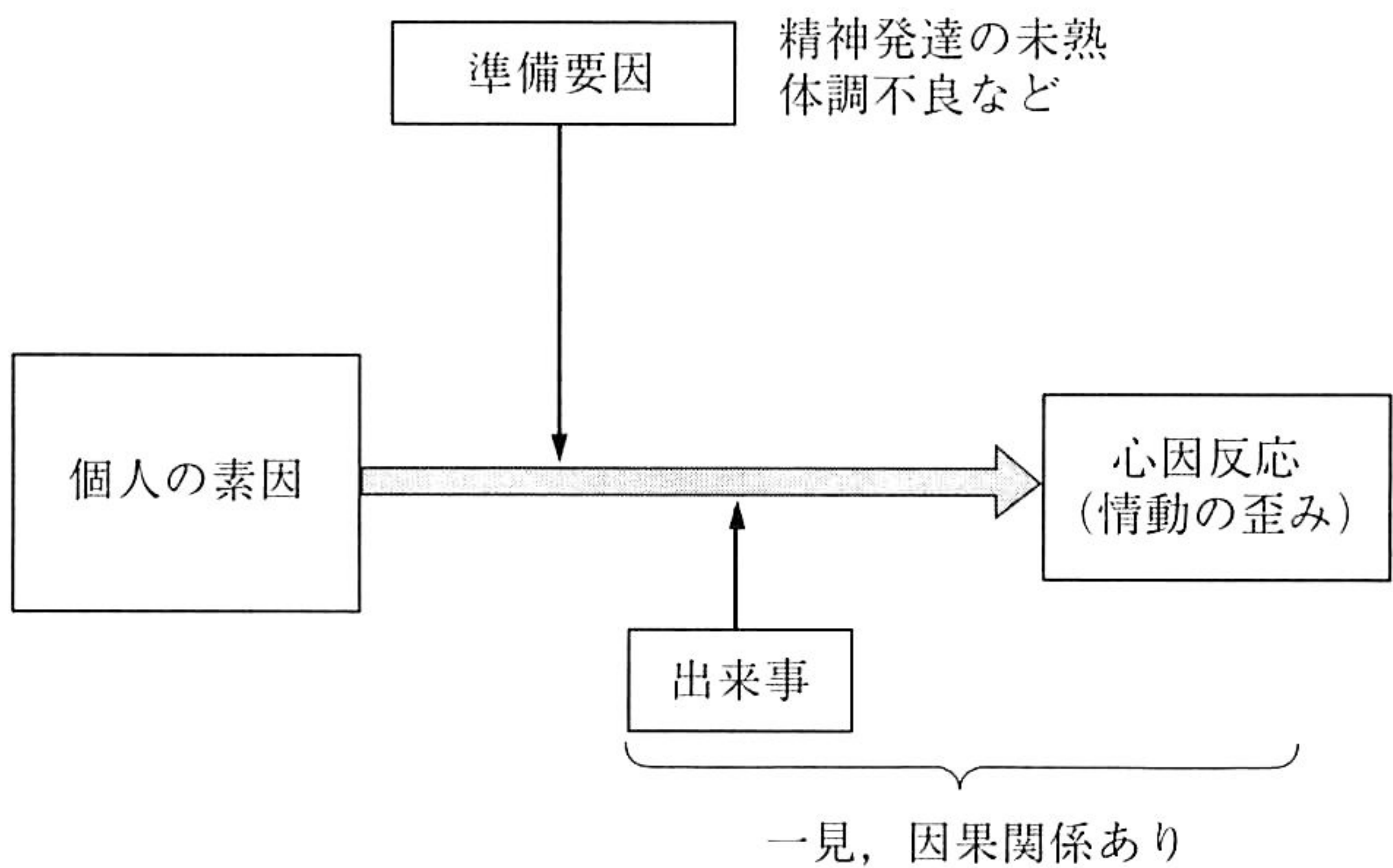
正常な心理反応と、異常な心因反応

一時的なショックでも、ほどなく立ち直るものを心理反応と呼び、この程度なら正常とみなしますが、そう簡単には立ち直れずに、尾を引いて日常生活に何時（いつ）までも大きな支障をきたす場合

準備要因　　精神発達の未熟
体調不良など

個人の素因　→　心因反応
（情動の歪み）

出来事

一見，因果関係あり

II－1　心因反応とは。心因反応とは、用語からは心理的な出来事が原因となって起きてくる精神症状ということになるが、同程度の心理的出来事にあっても精神症状を起こす人と、起こさない人がいること、また同一人でも同じような心理的出来事のたびに同程度の精神症状を起こすとは決まっていない。この理由は何か。

を、心因反応（II―1）と呼んで治療を要すると考えます。このように、同様の悲しい出来事にあっても、人によって、甚大なショックを起こす場合と、比較的、軽くショックが過ぎて跡を残さない場合があるという違いはなぜみられるのでしょうか。

　この事実は、ショックの元になる出来事の程度の大きさ以外に、もう一つの要因がこころの後遺症を生むか否かに大きく影響していることを示しています。そのもう一つの要因とは、当人の性格というか、受け取り方なのです。つまり、ショックの起こり方には、一

人ひとりの素因という個人差があることがわかります。

素因か環境か

同じ人でも、ショックに感じるときと感じないときがあるのはどう考えたらよいのでしょうか。ひとりの人の性格は一生を通して変わることはないと考えられていますから、同じ程度の悲しい出来事にあえば、常に同じひどさのこころの反応を起こすかといえば、実際には、ある時は平気で乗り切った（正常な心理反応）のに、別の時にはみるも無惨に打ちひしがれて当分のあいだ後遺症を残してしまう（心因反応）ことが観察される場合があります。

これは、同じ性格でも、立場が異なっているとか年齢とか環境条件の違いによって、ショックの起こし方が異なってくるからだと考えられます。

病気の起こるメカニズムとしての素因と環境の関係（II―2）を考えてみましょう。精神医学に限らず、一般に、医学では病気が発病してくる仕掛けを、それぞれの人には、ある病気にかかりやすい、あるいはかかりにくい傾向があると考えています。

このかかりやすさの傾向は素因と呼ばれ、遺伝が主に関与しているようです。このように病気になる前提条件として素因があるのですが、素因だけでは発病してくることは、ふつうには少ないのです。この素因にさらに、病気に誘い込んでいくキッカケ、つまり誘因が作用するこ

遺　伝　　　　環　境

生活上の出来事

素　因　→　精神障害

（主　因）　　（誘　因）

II－2　素因か環境か。ある精神障害が発病するには、その人にある病気にかかりやすいという素因が遺伝的に存在する。これが素因である。この素因に環境上の条件が作用して発病してくる。これが誘因である。素因と要因の、発病に対する比重は精神障害によって差がある。躁鬱病は素因が圧倒的で、精神分裂病がこれに次ぐ。両者に比べれば、神経症はやや環境要因の比重が大きいが、それでも主な原因は、素因のほうである。

とで、はじめて発病してくるのです。

　この場合、発病するための主役は素因で、脇役は誘因だということができるでしょう。しかし、主役といい、脇役といっても、発病に果たすその役割には軽重がありそうです。たとえば、後に述べる精神分裂病では素因が圧倒的主役で、発病前後の悲しい出来事などは役どころの小さい単なるキッカケ（誘因）にすぎないでしょう。これに対して、梅毒性精神病では、この種の精神病を起こしやすい素

	原因の本態	代表的精神障害
①性格因（以前は誤って心因と呼ばれた）	本人の性格や体調などの脆弱さを真の原因とする，一時的・可逆的な異常反応である。環境側の心理的原因（心因）などは，単なる誘因にすぎない。	神経症，心因反応，心的外傷後ストレス障害，ヒステリーなど。
②身体因（以前は外因と呼ばれた）	全身あるいは脳を侵襲する感染症，外傷，代謝障害などが基礎疾患で，その精神症状としての精神障害である。	頭部外傷，脳血管障害，脳炎・髄膜炎，脳腫瘍，パーキンソン病，アルコール依存症，肝疾患など。
③原因不明（以前は内因と呼ばれた）	現代の医学レベルでは身体的あるいは医学的原因がまったく不明な精神障害である。心理的にも因果関係は認められない。	精神分裂病 躁鬱病など。

II－3　精神障害の原因。その人の性格上の偏りが主原因（性格因）、かかっている元々の病気の精神症状（身体因）、医学的に原因がまったく不明（原因不明）の３つに分類される。

因などが個人にあるのかどうか不明ですが、梅毒の病原体であるスピロヘータに感染するという環境からの条件がなければ発病するはずはありませんので、外的条件が圧倒的ということができます。

精神障害が発病してくる諸条件を、本人の素因（個人側の要因）と外部からの作用（環境側の要因）に分けて検討してみますと、こころの障害の原因が理解しやすいようです。ところで、以前は精神障害の原因を心因、外因、内因と呼んで説明がされていましたが、このような呼び方は、精神医学を学ぶ人をかえって混乱させて理解しにくくさせますので、この表のような分類にした方がよいと思います（II－3）。

2　医学と医療の関係

医学部にも患者さんを診ない部門がある

医学と医療とは、どんな関係があるのでしょうか。これには、まず、基礎医学と臨床医学というものを考えてみると理解しやすいと思います。

一般の人々は、大学病院というところは、いろいろな診療科があって、大勢の医師が働いていて高度の医療と研究をしている大病院というイメージをもっていると思われますが、高度な

医療とすぐれた研究をしている専門病院は、大学病院以外にもあります。大学病院が他の病院と根本的に違う点は、大学病院とは高校卒業者を入学させて、医師に仕立てる教育を行っている医学部のなかにある特別な病院だということです。

医学部は、病気の診断法とか治療の仕方を学生に教育しているだけではありません。病気の診療をする医学を臨床医学といい、臨床とは直接に人間にタッチすることです。臨床医学を職業としている人は、市民のみなさんが病院で会う医師です。ところで、病気の診察と治療をするには、人間のからだの構造や仕組みを、まず勉強しなくてはなりません。それが基礎医学と呼ばれるもので、解剖学・生理学・生化学・薬理学・病理学・細菌学・医動物学・法医学・衛生学・公衆衛生学・予防医学などがあります。医学部の学生は、臨床医学の教育にはいる以前に、これらの基礎科目の講義と実習指導を受けて、前後してそれぞれの科目試験に合格する必要があります。

基礎医学では、教授など教官は、領域によっては、医師である必要は必ずしもありません。しかし、医学部出身の教官は国家試験をうけて医師免許証をもっている人が大部分ですが、患者を一度も診療したことのない例もあるのです。この点は、臨床医学の教官と大きく異なります。

医療とは、病気の診断や治療などの実践行為を指し、そのための基になる学問体系を医学と

呼びます。医学には、直接に健康あるいは病気を取り扱う臨床医学と、直接には診療に関係することはないものの、間接的に生命現象あるいは病気を研究する基礎医学があります。

将来、患者の診療に従事する医師になるためには、学生は医学部で基礎医学の教育を受けておくことが法律上も実地上も必須ですが、基礎医学教室で教官たちが行っている研究は、病気の診療に直接に役立つとは限りません。いつの日にか診療に重要な意味をもってくるかもしれませんが、結果として、まったく研究のための研究に終わってしまう場合もあるのです。

このように、基礎医学研究は、実際的な価値があるか否かを予見して着手するものではないのです。目的追求的な研究は理にかなっているようですが、一般には、実用性の不明な研究ほど、将来おおきな実用価値を生む場合があることは、医学に限らず、すべての基礎研究にみられる実状なのです。短兵急な目先の効果を追った基礎研究ほど、研究費の無駄遣いだった結果におわる例が多いようです。

医学部卒業生の進路

親が基礎医学者の家庭に育ったような例外を除いて、ふつう高校生で医学部進学を志望する子供は、全員、将来医師になるつもりで大学に願書を出すようです。基礎医学の研究者になろうと医学部に進学する高校生は、ほとんどいないのではないかと思われます。実際に医学部に

入学して、医学の講義や臨床実習を受けだすと、かつて抱いていた医学に対するイメージと実際の医療の違いに失望する学生が、少数ですが見られるのです。後年、ある基礎医学の教授になった人は、大学院のとき「医学部に入ってみたら、実際の医療は対症療法に過ぎないことが分かって幻滅したので、根本的な医療を目指して基礎医学に進んだのだ」と言っていました。私のような臨床医には、対症療法は、根本治療と並んで大切だと思われるのですが、一部の純粋な学生がそう一途に考えるのも無理のないことでしょう。

あるいは、医療は人間を対象とするサービス業でもあることから、そのようなサービス業になじめないと、学生時代すでに臨床実習で感じとって、基礎医学に進む人もいるようです。ところで、臨床医のなかでも精神科医の仕事は、医師という人格と、患者という人格の真剣な触れ合いである以上、きわめて人間くさい職業だと思われます。

基礎医学研究室が病気の診断や治療の手段に直接に役立つことを研究するとは限らないのなら、その方面の患者さんの診療のための研究をしているのは誰かといいますと、それは臨床医なのです。

臨床の研究室では、基礎医学研究室での研究とは違って病気の原因、診断法、治療法などの実用的研究に取り組んでいます。事実、ノーベル賞を受賞するような医学上の重要な研究は主に臨床研究者によってなされています。患者さんの診療をしているうちに、研究上のヒントと

して、何が重大なカギになっているのかということを発見して、研究開始の糸口が見つかるのです。

医学部入学以前に何年浪人していようが、あるいは、最近比較的おおくみられるように大学の他の学部を卒業してからある期間就職などしていたのち、改めて医学部に学士入学してくるにしても、医学部を卒業してからの研修医生活のほぼ二年間を含めて最初の数年間の臨床経験をどう積むかは、その人が将来すぐれた医師になれるか否かの別れ道なのです。

それには研修指導システムのしっかりした病院で、臨床医として優秀な指導医につくことが大切です。その重要な数年間をきちんとした指導を受けることなしに過ごしてしまうと、後になって本人がどんなに努力しても一定の水準に追いつくことは困難でしょう。

私は、そのような中途半端な医師の実例をたくさん見てきました。

外科とか内科のように医師がチームを組んで診療を行う科とは違って、精神科では、密室のような小さな診察室で医師が患者さんと一対一で対面して診療をすすめるのが原則ですから、よほどしっかりした練達医による若手への指導体制をとっていないと、独りよがりの診療に留まる危険があり、若手がすぐれた臨床医に育つことは期待できないと思われます。この点は、若い精神科医にとって重要な事項ですから、後のVI章一六六ページの「精神科医の宿命」のところで、さらに詳しく説明します。

3　からだの医療とこころの医療

からだの医療とこころの医療の方法論の差異

ふつう病院にかかるのは、どこかが痛むとか、食欲がなくなったとか、普段とは違ったからだの不調を感じて何かの病気かもしれないと本人が思う場合か、あるいは自分では何にも不調は感じないけれど集団検診で指摘されて精密検査を勧められたなどの場合のいずれかでしょう。そこで病院で医師の診察を受けて、その結果、必要な検査を指示されることもあります。

とにかく、そのようにしてX線撮影なり、血液とか胃液の検査をして、その写真や検査数値を示されて、病気か否か、病気ならどんな病名か、その治療法や今後の病気の成りゆきを医師から形と数字で詳しく説明をしてもらうことになります。このように内科とか外科など一般の身体病の診療科では、診断の決定と治療効果の判定は、すべて検査に基づいて形と数字でなされますので、誰もが納得できる客観性があり、その医療は科学的であるとみなされ、診断法も治療法も客観的裏付けをもっているのです。

ところが、私たちがここで問題にしている精神医学では、診断するには一般の診療科で用いている客観性のある臨床検査法はありません。読者のみなさんの中には、精神医学でも知能検

査とかロールシャッハやTATという心理検査法があるではないかと、異議をいう方がいるかもしれませんが、そのような心理検査は、診断にとって補助的な意味、つまり一つの参考資料のようなものにすぎず、医師の病名診断にはほとんど決定打にはなっていないのです。治療効果の判定でも一般の身体病診療科では、臨床検査の結果から、よくなってきたとか、そうではないから治療法の変更を検討しようと判断できるのに対して、精神科では、そのような客観的な検査法はありませんので、精神症状の観察という主観でしか治療経過の判断のしようがありません。

したがって、同じく精神科医でも人によって見解が異なってしまい、議論がかみ合わないことはしばしば起こります。この現象は、ある面では精神科医にとっても歯がゆく残念なことです。客観性が乏しく、医療という実用面が要求される任務があるのに、診断と治療の判断をするにも主観にしか頼れないということは、医学が科学の一分野のはずであるのに、精神医学に限っては決定的弱点をもっていると認めなければなりません。

こころは科学の対象になれるか

科学とは、ある程度の修練を積みさえすれば、誰でも理解でき、誰にでもできるものを言います。つまり、それは筋道を追って説明してもらえさえすれば、あるいは手順を踏んで、やり

方を教えてもらえさえすれば、ふつうの知能の人なら理解体得できるものが科学なのです。ある摩訶不思議な超能力者でなければ感知できないとか、まったく同じ状況下でも二度と実現できないもの（再現性がないといいます）などは、科学ではありません。

いちばん誰にでも理解しやすいのは、直接目に見えるものでしょう。一般の身体病診療科は、説明を受ければ、たいていの人が理解できるのです。病気について説明を受けても、何のことかチンプンカンプンだったとしたら、それは説明を聴いた人の能力が低いのではなく、むしろ説明をした医師の能力が低いからです。そうでなければ、今さかんに言われだした、医師の義務であるインフォームド・コンセントは成り立たなくなってしまいます。

科学とは別の言葉でいえば、大きさや形をもっているために、長さ・重さ・時間で測れるもの、すなわち、MKS（メートル・キログラム・セコンド）単位で表されるものだと定義できるのです。地球上のものはもちろん、天体や海中のものでもすべて科学の対象になるのは、この性質があるからです。

ところが、精神医学があつかわなければならないこころというものは、目には直接見えませんので、MKS単位で表される形も大きさも重さももってはおりません。それでは、こころは科学の対象にはなり得ないのでしょうか。

ある面ではそのとおりです。しかし、雲も山も道路も飛行機も存在するように、人間の、考

えたり喜んだり心配したりする現象は目には直接見えないけれど、たしかに存在しています。すなわち、こころは物質とは別次元ではありますが、実在するのです。

こころは、物とは違って目にみえないので、科学的方法では把握しにくいけれど、なるべく大勢の人々が分かり合えるように、共通の用語を用いて考えていこうとするのが、人間の幸福追求を目的とする医学の一分野としての精神医学の使命だと思います。このことは重要な検討事項ですので、本書の最後の「おわりに」のところで改めて考察します。

精神医学と文学・哲学・思想

医学部の学生だったとき、ある内科の教授が「精神医学？　あれは医学かね。文学じゃないのか」と冗談のように言ったのを聴いたことがあります。当時、すでに私は将来、精神科医になる希望でいましたが、この教授の言葉に特別な思いも感じませんでした。たしかに、精神科の症例報告は、個人の生い立ちや現在の生活などが散文風に記述されていますので、図示や記号や数字でカルテが記載されている一般の身体病診療科の医師からみれば、小説まがいのカルテで、およそ医学診療録とは思えないのは無理もありません。

しかし、人間のこころの遍歴や現在の心境は、図とか数字で記述できるのでしょうか。やはり小説風になるのは、仕方のないことだと思われます。たとえ、小説風であっても、何とかし

て、その人の精神生活が明るく希望のもてる日常に復帰できるように医療的な努力をしているのは、精神科でも内科の目標と何ら違わないのです。精神医学は、たとえ外見は小説まがいであっても、文学などでは決してなく、一人前の医学になるように、私たち精神科医は努力しているつもりです。

よく精神科医は哲学を勉強しなければ務まらないのじゃないかとか、フロイトとかピアジェの思想に詳しくなっていくのだろうと、他の診療科の医師たちから言われることがあります。たしかに、日本の精神科医の一部には非常によく勉強している人がみられることがあり、ユングとかエリクソンのことや、ボルビイのことなど紹介する著作や講演を活発におこなっていたりする例もありますが、精神医学の研究と診療を実践する医師にとって、そのような哲学や思想を勉強することは必ずしも必要ありません。

それよりも、患者さんの実態をあるがままに受けとめて、医学的対応を行っていくことの方がはるかに大切だと思います。私たちに求められている精神医療は、日本人のための診療であって、日本人のこころの理解には、外国で研究された成果は当てはまらないことが多いのではないでしょうか。若いころ、アメリカの大学の精神科で研究に従事していた経験から、私は外国の研究論文は参考にはしても、別個に日本人のための固有の精神医学を確立する必要を痛感しています。

4　精神障害の薬物療法

精神科治療での薬物療法の位置づけ

この四〇年間ほどのあいだに、精神科治療は飛躍的に進歩しました。それまで治療に悲観的だった精神科医に自信をつけさせ、昔は業病だとみなされていた精神障害に対する世間の誤解も、しだいに解消されてきています。このように精神障害がきわめて治りやすくなったのは、薬物療法の大きな進歩がもたらされたからです。

それでも、精神科治療の主体は、のちに述べる精神療法だと精神科医は考えているのです。薬物療法は、精神療法を奏功させるための補助手段であると見なされているからです。

精神障害の治療に用いられる薬物は、向精神薬と呼ばれ、効果の点から抗鬱薬、抗不安薬、抗精神病薬の三種類に分けられます。

①抗鬱薬

鬱病（うつびょう）は、薬物療法の効果がもっともあがりやすい病気です。鬱病にトフラニールとかトリプタノールという抗鬱薬（こううつやく）を用いて劇的に鬱状態が改善しますが、鬱病以外の精神障害、たとえば

神経症、精神分裂病、神経性食思不振症であっても、鬱状態がみられる場合には抗鬱薬を用いることにより、鬱症状は比較的容易に消失します。これらの精神障害でなくても、つぎのIII章の「心理臨床士」のところで述べるとおり、一般診療科の患者さんの訴える身体症状でも根底に鬱状態がある場合には、抗鬱薬で身体症状が改善するものです。鬱状態が根底にあるか否かは、就寝後はやい時間に目が醒めてしまう、朝がとくに気分が重い、身体症状を説明するに足る検査所見が乏しいなどから見当がつきますし、それが疑われる場合には、試験的に抗鬱薬を使ってみれば速効しますので分かります。

抗鬱薬投与で、注意しなければならないのは、「躁転（そうてん）」という現象です。これは、鬱状態にたいして抗鬱薬を用いている途中に急に反対の躁状態になってしまうことがあることです。また抗鬱薬の副作用として、トフラニールなどすべての抗鬱薬でも後述の悪性症候群が稀に起きることがありますので、この点は常に留意している必要があります。

②抗不安薬

ホリゾンとかセルシンと呼ばれる薬物が現在、ひろく使われている便利な抗不安薬です。不安症状が中心の神経症のほか、鬱病とか精神分裂病でも、不安が前景にある例ではよく効きます。一般診療科に受診する心身症や緊張状態、予期不安、乗り物酔い、不眠症にも用いられ

ます。

③抗精神病薬

パニック、幻聴、妄想、興奮、暴力などを呈する精神分裂病や老年痴呆、産褥性精神病など精神障害のほか、トゥレット症候群などの神経疾患にも用いられており、精神障害がよく治るようになったのは、このように抗精神病薬の大きな進歩の結果によるのです。一方、抗精神病薬は精神症状にたいして効果が大きい反面、からだの震え、前かがみ歩き、流涎など副作用であるパーキンソン症状がみられがちなだけでなく、つぎに述べる重大な副作用の悪性症候群がおきる場合がありますので、注意しなくてはなりません。

薬物療法の際の注意事項

薬物療法を行う際には、医師はどんな処方内容かを患者さん自身あるいは患者さん側に書いて渡し、それがなぜ必要なのかを説明します。薬効だけでなく副作用についても話して注意事項を理解してもらう必要があります。とくに、悪性症候群の徴候がみられたら即刻、主治医に連絡するように家族に指示しておかなくてはならないことは、繰り返し述べるインフォームド・コンセントの一つであって、もっとも重要な事柄です。

当然のことですが、薬は、服み方の指示どおりに、きちんと服むように本人または家族によく説明します。服み忘れもいけませんが、患者さんによっては一度にたくさん服む場合もあって、これは向精神薬ではとくに危険ですから、家族が薬を管理します。

副作用の件だけでなく、薬についての疑問は、遠慮なく主治医に訊ねるように話しておきます。

抗精神病薬のうちでも、とくに精神症状に大きな治療効果があるハロペリドールに比較的起こりがちな副作用に悪性症候群というものがあります。悪性症候群はじめ、抗精神病薬の副作用がなるべく起こらないように、ピレチアとかアーテンという抗パーキンソン薬を併用しますが、それでもなお、どんな種類の向精神薬でも、どんなに少量の投与でも、どんなに短期間の使用でも、悪性症候群は予想する術もなく突如おきる場合がありますので、これは精神科治療にとって完全に避ける方法のない落とし穴のようなものです。悪性症候群によって死亡する場合もありますから重大です。

しつこいようですが、医師は抗精神病薬を用いるときは、家族に悪性症候群が起きるかもしれないことと、それはどんな徴候か、悪性症候群らしいものが起きたら、ただちに主治医に連絡するように話し、不幸な事態に陥らないようにする必要があります。

その要点は、以下のとおりです。

抗精神病薬を服用している人で、炎症病巣などのない原因不明の発熱が一二時間以上つづいて、昏迷と筋肉の強剛（こわばり）が起こり、発汗とふらつきがみられたら、この悪性症候群が発生したのかもしれないと考えるべきです。その場合、ただちに採血して、血清のクレアチン・キナーゼ測定値の異常上昇を認めたら悪性症候群と診断されます。悪性症候群が疑われたら、その治療経験が豊富な精神科医または神経科医に移送して診断と治療を受けなくてはなりません。治療は、脱水症状にたいする点滴と、筋強剛にたいするダントリウムを主とした薬物治療を開始し、その他の対症療法を行います。

精神科薬物療法にたいする誤解

精神科の薬は、服むと眠くなる、からだがふらつく、ぼうっとしてしまって指導にならないなどの理由で、教師や指導者のなかには服ませるのに反対したり、服ませないで放ってしまう人が時にいますが、これは治療上困ったことです。疑問は主治医に質問できるのですから、そのような独断行為は親権の侵害になります。すなわち、診療は本人の受諾、あるいはその親の依頼によって行うものですから、指導者でも服薬を阻止する資格はないのです。

てんかんの薬に反対する指導者は、まずいないのに、向精神薬になると、服薬させることに反対する人がときにいて、薬など使わなくても、こころに迫る指導によって、問題行動などな

くなるはずだ、きちんと指導にのれるのだ、と主張するのは困ったことです。熱意ある指導者意識は尊いといえますが、患者さんは病気がひきおこしている精神症状で苦しんでいるのですから、そのような、本人の気持ちの持ちようだけではどうしようもないこころの苦しみから患者さんを救出しようとしている医師の方針を十分に理解してください。

妊娠中の向精神薬の使用

妊娠中に、向精神薬を用いることは、薬物が胎盤を通って胎児に移行し、奇形を起こしやすいので、妊娠初期にはとくに望ましくありません。このような情報は妊婦に比較的よく伝わっていて、奇形の危険の去った妊娠中期あるいは後期でも胎児自身への影響を恐れて、自分で決めて服用をやめてしまう妊婦が多いものです。

そのために妊娠中の患者さんの精神症状が悪化してしまう場合があります。そこでできるだけ、薬に頼らないですむように環境を調整することが大切でしょう。精神症状の点から、どうしても用いないわけにはいかない例では、症状悪化を抑える最少量で維持させます。ところで抗精神病薬は、一般に胎児の奇形を生じる可能性があることはありますが、抗てんかん薬の場合とくらべれば、その可能性は小さいと言われています。

てんかんの女性にたいしては、抗てんかん薬が胎児に奇形やその他の障害を起こす可能性が

比較的大きいことをあらかじめ告知しておき、前もって妊娠の件をどうするか考えてもらいます。妊娠中に、どうしても抗てんかん薬を用いなければならない例であっても、抗てんかん薬は極力、一種類だけの薬を用いることがよいのです。これは妊娠の有無にかかわらず、てんかん治療の原則です。投与量は、一種類だけの薬で発作抑制の最小限にします。

5　精神療法

精神療法とはどんなものか

内科とか外科などの診療科では、ふつう治療といえば薬を処方するとか手術するとかのように医師でしかできない高度の技術であると一般の人は思っているでしょう。しかし、精神科の精神療法というものは、椅子と机しかない殺風景な診察室で患者さんと精神科医が一対一で椅子に座って、ふつう斜めの位置で向かい合って、取りとめのないような言葉のやりとりをしているだけです。こんなものが治療かと不思議に思うことでしょう。しかし、このような医療らしくない言葉だけのやりとりこそが、精神科の主要な治療法なのです。その理由を説明するために、まず精神療法の実例を述べましょう。もっとも精神療法の方法には、いろいろの種類があるでしょうが、ここでは私が研修をうけた大学病院の方法を実例であげてみます。これは、

主に神経症や精神分裂病の患者さんに用いている方法です。

実例の一部

精神科医「こんにちは」
患者さん「こんにちは」
医「よく眠れますか」
患「いいえ、まだよく眠れないんです」
医「よく眠れないのですね、まだ」
患「夜中に眠れないので起きていると、窓の外から私をのぞいている人がいます」
医「誰かが窓の外からのぞいているのですね」
患「私の思い過ごしなんかじゃないのです。『まだ起きているぞ』という声もしますから」
医「声も聴こえる。それは誰ですか」
患「声の様子から会社の課長じゃないかと思います。いや、たしかに課長は、私がどうしているかと見にくるのです」
医「課長さんが夜中にのぞきにきているのですか。何のためでしょう」
患「私を辞めさせようとしているのです。課長のその意向は私がここに入院する前からあった

のです」

医「課長さんは、あなたをそんなふうに考えているのですか」

精神療法の理論

①受容

精神療法の以上の実例でみられるとおり、患者さんは自分のほうから心配事をいろいろと話していいます。これにたいして精神科医は、自分の意見はまったく言うことをしないで、患者さんの言うことをそのまま繰りかえしているにすぎないことが分かります。

しかし、患者さんは心配事を熱心に医師に訴えております。そこに患者さんと医師のあいだに信頼関係があることが読みとれるのではないでしょうか。患者さんの言っている内容には妙なところがあるらしいことは皆さんにもわかるでしょう。被害妄想かもしれない点と幻聴らしい点もみられます。それでも、医師は患者さんにそれらを指摘したり批判したりは一切しておりません。診断とか経過の判断を、患者さんの言うことから医師はしているのですが、そのようなことは話題にはしないで、患者さんを全面的に精神科医が受け入れていることが理解されます。

②非指示

医師は、以上のような面談をとおして、患者さんの現状にいろいろの問題があることを読みとっていきますが、それにたいして患者さんにどうすべきだというような指示もしていません。指示してそれを患者さんができるのならともかく、精神症状というものは短期間のうちにそんなに簡単に変えられるものではなく、かえって患者さんを混乱におとしいれるだけだからです。たとえば「余計なことは考えずに夜は早く眠りなさい」、「夜中に窓の外に課長があなたをうかがうために立っているなどは常識ではあり得ない」、「あなたの様子をのぞいて課長が批評などしているはずがないよ」、「このあいだ課長が訪ねてきたので、会ったが、あなたの職場復帰を望んでいる好意的な印象だった」などの批判や説得とか勧告などは医師は患者さんに対してしないものです。

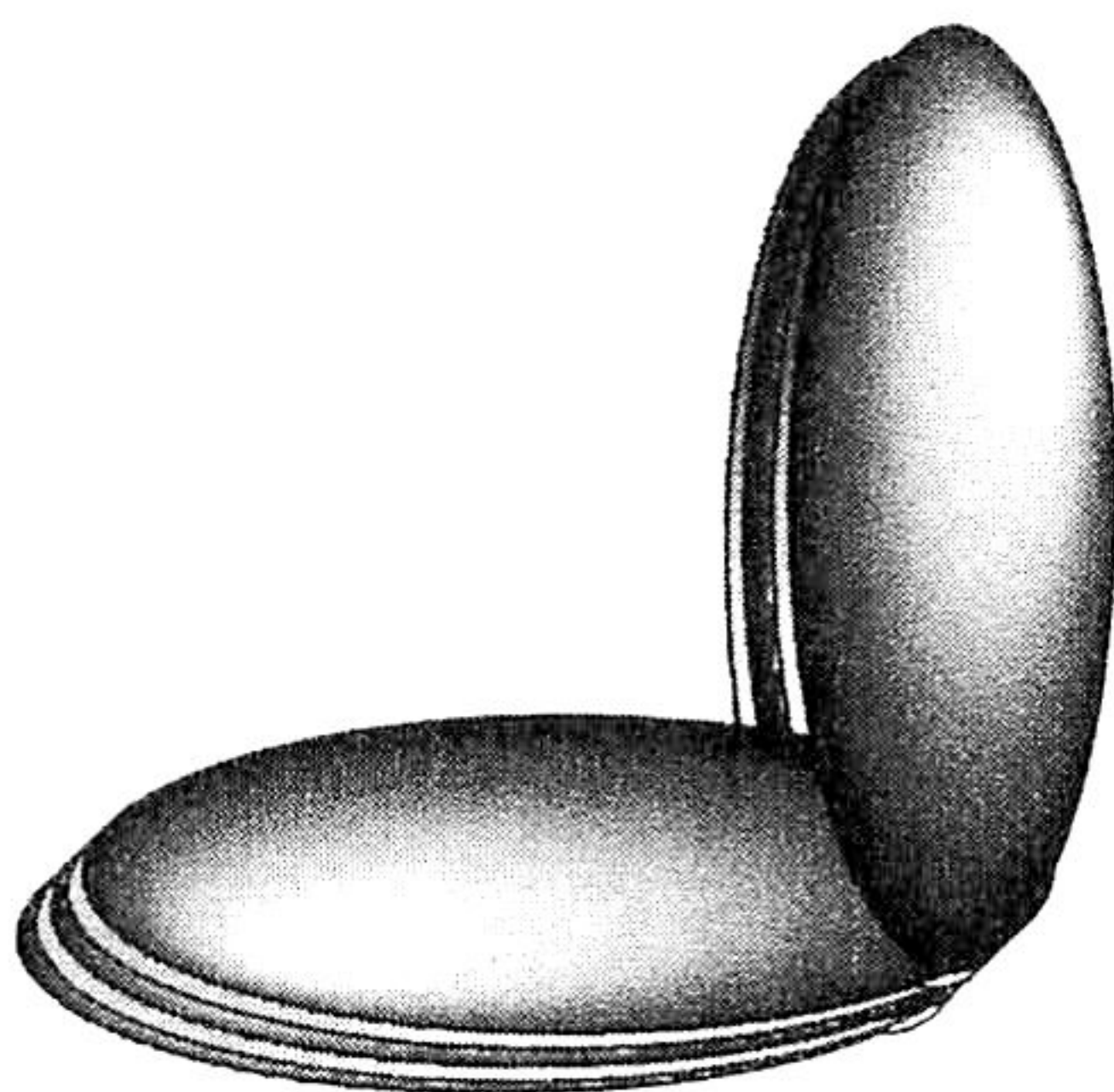
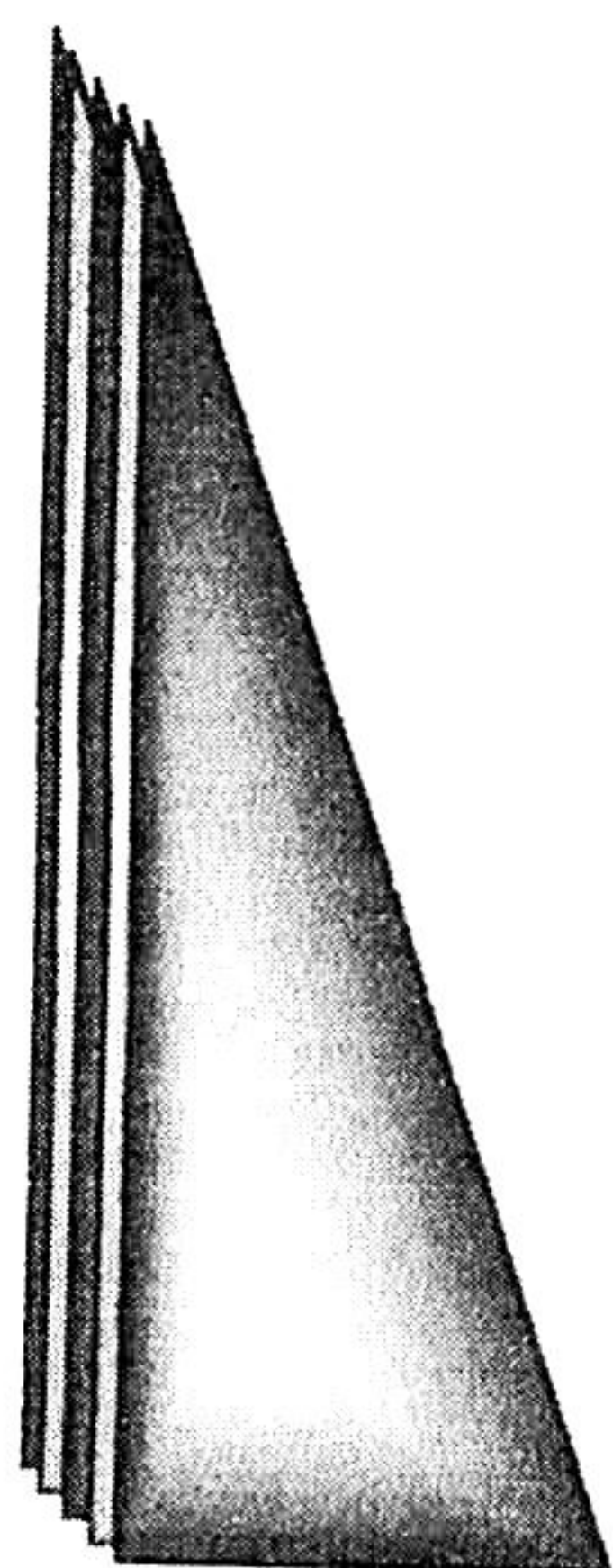
③自発解明

このように、一人の患者さんに三〇分から一時間かけて行う一見オウム返しのような単調な精神療法は、精神科医にとっても非常に疲れるもので理想的には一日に一人の精神科医がこなせるのは一〇人の患者さんが限度だといわれています。

患者さんを批判せず、指示もしないのはなぜかといえば、人間のこころは、他人からの説得

や指示で変えられるような容易なものではなく、結局は患者さん自身がみずから自分のこころを整理再統合して、現在の葛藤挫折を乗り切って行く以外に方法がないからだと考えられるからです。精神科医は、専門的な知識と技術をむき出しにすることなしに根気よく患者さんを受けいれ、指示もせずにじっと時間をかけて、月日を患者さんと二人三脚で送るうちに、患者さん自身のなかに隠れている自然治癒力が作用しだして、こころのこだわりから解放されるのです。精神科医は、こころの治癒向上というゴールに向けて懸命に走る患者さんの伴走者にすぎません。

III

社会適応の良否の要因と治療者

1　社会適応の良否を決めるもの

精神障害とは、社会適応のつまずきの一つのかたち

世の中のすべての親の願いは、子供の将来の社会的自立です。精神病にしろ神経症にしろ、あらゆる精神障害がもたらす結果は、社会適応のつまずきです。

逆にいえば、社会適応のつまずきのうちの主要な部分が精神障害ということもできるでしょう。もちろん、就職難のように、その時代の社会経済情勢の問題から起きる現象では、本人のこころに原因があるとはいえないものもありますから、社会適応のつまずきイコール精神障害と即断できませんが、人間に生まれたことで十分なのであって、なにも高学歴をつける必要もなければ、大企業に就職することなども決してすべての親の期待するところではありません。平凡でもよいから、いやむしろ平凡こそ望ましいのであって、なんとか自分のちからで社会のなかで無事に生活していってほしいというのが、ほとんどの親の切ない願いなのです。

しかし、現代の社会は、親のこのようなささやかな願いも、しばしば叶えてくれないことがみられます。

「高学歴をつければ、有名企業に就職でき、やすらかに一生を送ることができるのだから、な

んとか頑張って勉強してほしい」と一部の親は子供に期待をかけます。ところが、この期待は思わぬ伏兵の台頭によってはかなく消えがちなのです。それでは贅沢はいわない、最低でよいから与えられている能力と努力を出し切って自分で生活していってくれないだろうかと、親は子への要求水準をどんどん下げていくのですが、つい最近までは最低の願いと思っていたことさえ実現しそうもない現実に両親ともども愕然とするのが、こんにちの大多数の家庭の実態だと思います。

実は、受験競争というような知育面以外にも、一つの思わぬ落とし穴が親子を待ちかまえていたのです。それは、親がかつて夢にも考えなかった精神障害です。そのうちでも、こんにち特に注目されるのは、情緒障害とか人格障害と呼ばれるものです。これらは、神経症や精神病とは異なって、精神科治療はなかなか効果をあげ得ません。

情緒と意欲は、性格という車の両輪

性格とは、「その人特有の、持続的な行動の特徴」で、注意ぶかい・おっちょこちょい、怒りっぽい・おうよう、まじめ・不まじめ、のんき・せっかち、小心・豪快、無口・お喋り、移り気・ねちっこい、など、行動の基礎にある当人のこころの特質をいいます。この性格というのは、知能とは別の次元の、その人の資質とみることができます。すなわち、「この程度の知

能をもった人には、この種の性格が多くみられるのだ」というような、知能と性格の間には必ずしも相関はありません。

性格の中身をみますと、物事や状況に対する感じとり方、つまり情緒と、困難や課題に立ち向かう意欲に分けることができると考えられます。

ひとりの人の性格は、親からの遺伝という先天的に決まっている部分が大きいようです。その根拠は、一卵性双生児（二人は遺伝条件がまったく同一）と二卵性双生児（二人はきょうだい程度に遺伝条件が似ているだけ）とで、環境条件がどの程度に影響しているかを調査して比較してみますと、環境要因よりも遺伝要因が、非常に大きく働いていることが分かったからです。

ことわざに「三つ子の魂百まで」というのがありますが、「赤子の魂百まで」といってもよく、性格は先天的に決まっていて一生を通じて変わりにくいことが、むかしの人々にも経験上から分かっていたのでしょう。

しかし、子供のときは人見知りして引っ込み思案だった人が、大きくなるにつれて大胆で決断力ある外向的・積極的な人になっている例があるのは、なぜでしょうか。たとえば、喜劇俳優とか落語家などの人気者には、幼少時に小心・無口だったと述懐する話がよくありますし、政治家とか歴史上有名な武将でも後年の豪放磊落（らいらく）さからは想像できない内気な幼年時代を送っ

ていたという物語もよくみられます。

そうしてみますと、「赤子の魂百まで」は当たっていないようですが、成長するにしたがって、鍛えられたり、立場によって要求される条件が身について、そのような外向的行動ができるようになったというのが実状らしいのです。

事実、喜劇俳優や落語家にかぎって、楽屋とか自宅では無口で気むずかしい人だといいますし、政治家とか武将でも、小心だからこそ、慎重で緻密な作戦をたてることができ、いったん決断したら果敢に行動に移せるからこそ成功をおさめたとみられます。

つまり、幼少時にみられた基礎的性格は、成人後も基本的には変わっていないのですが、それが行動にあらわされるときには、後天的な影響をうけて資質が発揮されるのです。この後天的な資質を「人格」あるいは「パーソナリティー」と呼びます。これは「地位が人間をつくる」とか「職業が人を育てる」という名言に当てはまるのでしょう。八九ページで説明しますが、この性格と人格とは、厳密に区別するほどのこだわりは不要と思われますので、この段階ではひとまず性格とよぶことにしましょう。

社会生活への適応には知能より性格が重要

ひとりの人間が、置かれた環境のなかでどのように行動するかは、その状況にたいする判断

力、すなわち知能も重要ですが、対人関係の中で、その行動がかたちを成すためには、行動開始の決断と努力の持続がなくては、事は成就することがないでしょう。社会生活は、すべて対人関係のなかで行われるのですから、対人関係のルーズな人では、他人と協力協調することが必要な仕事はできませんし、対人緊張のつよすぎる場合も、人間関係に支障をきたしてしまいます。

社会生活は、文化・技術の蓄積を基礎にして遂行されるところが大きいので、ある程度以上の学問を身につけていなければなりません。したがって、学歴がまったく無用かといいますと、そうとばかりは言い切れないでしょう。

ところで、入学試験にみられるとおり、より高度の教育の機会を得るには、あるレベルの知能が必要条件として要求される事情もあります。とくに大学のような高等教育のための入学試験は知育面の競争だけが課せられています。

しかし、社会生活に適応するには、知識の量だけでなく、それ以上に情緒や意欲など性格面が当人に備わっている必要があるようです。

知能など低くても、対人緊張が激しくなく、ある程度以上のやる気があれば、結構、職場生活に適応していけるのです。一方、高学歴であったり、難関の競争試験を突破してきた人でも、過度に対人恐怖をもったり、ゆうずうが利かなかったりしますと、高学歴とか難関資格が

活かされることは難しくなってしまいます。

ある大学の学長が卒業式の訓辞で、英国の経済学者J・S・ミルの「ふとったブタより、やせたソクラテスになれ」ということばを引用して卒業生に送ったそうですが（一九六四年、大河内一男東大総長）、現実の社会生活では悲壮がるハムレットよりも厚顔無恥なベニスの商人のほうが適応性がよいのは残念ながら本当なのです。鈍感で粗野、ずうずうしくて恥知らずのほうが、生きていくうえには有利な性格でさえあるのでしょう。

しかし、そうは言っても、潔癖で内省的な性格も、鈍重で恥知らずの性格も本人のこころがけしだいで選べるものではありません。すなわち、ハムレット的性格の人がベニスの商人的性格になることはできませんし、同様にベニスの商人的性格の人がハムレット的性格に変わることもできるものではないのです。

すでに述べたとおり、性格は大部分もって生まれた、先天的に決まっている特質ですし、それに出生以後の環境条件からの脚色が多少加わって、できあがってきたものです。

現代のようにそこそこ豊かな社会や家庭の生活では、しぶとくて、野生動物のようにたくましい根性が育つことは期待できませんので、考えてみれば、軟弱な人間ばかりが世の中に放り出されるのは、中途半端に豊かな社会がうんだ、避け得なかった副産物のようにも思われるのです。

2　心身は同根にして不可分

なぜ、人間はこころとからだから成るとされたか

心身両面といいますが、それは理解しやすいように仮定された便宜的な区分であって、実際には精神面と身体面とは対立などしていないのです。それは患者さんの病気の成り立ちや治癒過程を観察していますと、わたしども臨床医の実感するところなのです。

中枢神経系とくに大脳が精神活動を担っている器官であることは、ずっと以前から知られていました。悩み事があると「頭が痛い」と表現されるように、実際に頭痛がするだけでなく、深刻に考える場所が脳であることは昔の人々も実感していたことでしょう。「こころ」は心臓に宿っているとも思われていましたが、それは感動したり、胸騒ぎすると心臓の動悸がするからでしょうが、つよい精神的動揺が起こると自律神経をとおして臓器の活動に影響することは医学的にもよく理解できるところです。

それどころか、従来、からだの病気と見なされていた「がん」やアレルギーになりやすいことも、それらの身体病から回復するのにも、こころが圧倒的な要因になっていることが、その医学的メカニズムの解明から証明された事実なのです。

「身体病は、すべて心身症である」、「精神障害は、すべて身体的基盤のうえに起きる」と言われだしたことは決して誇張ではないことが医学理論でも実証され、また臨床医の実感でもあるのです。

それを、精神活動は身体から遊離して、それ自身が独り歩きしているかのように議論をすすめ、実際の臨床でもそのような理論に頼って指導をおこなっていては、人間のこころと精神病理の解明にはつながらないのではないでしょうか。

人間存在を認識するための便宜として、仮に「からだ」と「こころ」に区分するのは理解しやすいので、よいのですが、実際の人間では「からだ」と「こころ」が分離して機能しているのではありませんので、臨床では、いったん仮に分解してみた「からだ」と「こころ」を再構築してダイナミックな検討が必要でしょう。

仮説的な理解だけでは、こころの臨床には不十分だと思います。一見、機能的な問題と考えられてきた適応障害も、あるいは原因不明の精神病といわれている精神分裂病の原因追究とその根本的治療法の探求にも「からだ」と「こころ」の両面からの攻略が必須だと考えます。

性格はどうできてくるか

子供が親と顔も動作もそっくり似るように、性格も遺伝的要素が大きいようです。

トビがタカを産んだという意外性をことさら言われること自体が、そのようなことは例外であることを示しているといってよいでしょう。このように性格には、先天的に決まっている部分が大きいと考えられます。もちろん、育つ環境やその後の教育などによってひとりの人の行動や生き方は少なからず影響を受けますが、遺伝的な要素のほうが個人の性格にたいする影響力の点では圧倒的に大きいと思われます。

しかも、ある調査によれば性格、知能、学歴が似かよった者どうしが結婚するという傾向があるといいます。非常に内気な人が陽気すぎる人とカップルになる率は小さいのです。知能と学歴の点でもかけ離れた人どうしは結婚相手には選ばないようです。このような比較的はっきりした相手選択の傾向は、結婚の帰結として生まれてくる子供にも、両親によく似た性格と知能をもった面が観察されやすい結果を生じることになります。

最近の研究から、乳幼児期の育てられ方は、ひとりの人間の性格を決める要因として一生にわたって尾を引くことが分かってきたのです。

もし性格には遺伝によって決まってしまっている部分が大きいとしたら、個人の行動は、時代の影響など環境要因によって左右される面が小さいことになります。しかし、実際には登校拒否や家庭内暴力など昔はなかった問題がこんにち大きくクローズアップされている現象をみれば、これらの問題行動を生む要因として性格以外に人間の行動を決める、もう一つの別のもの

パーソナリティー

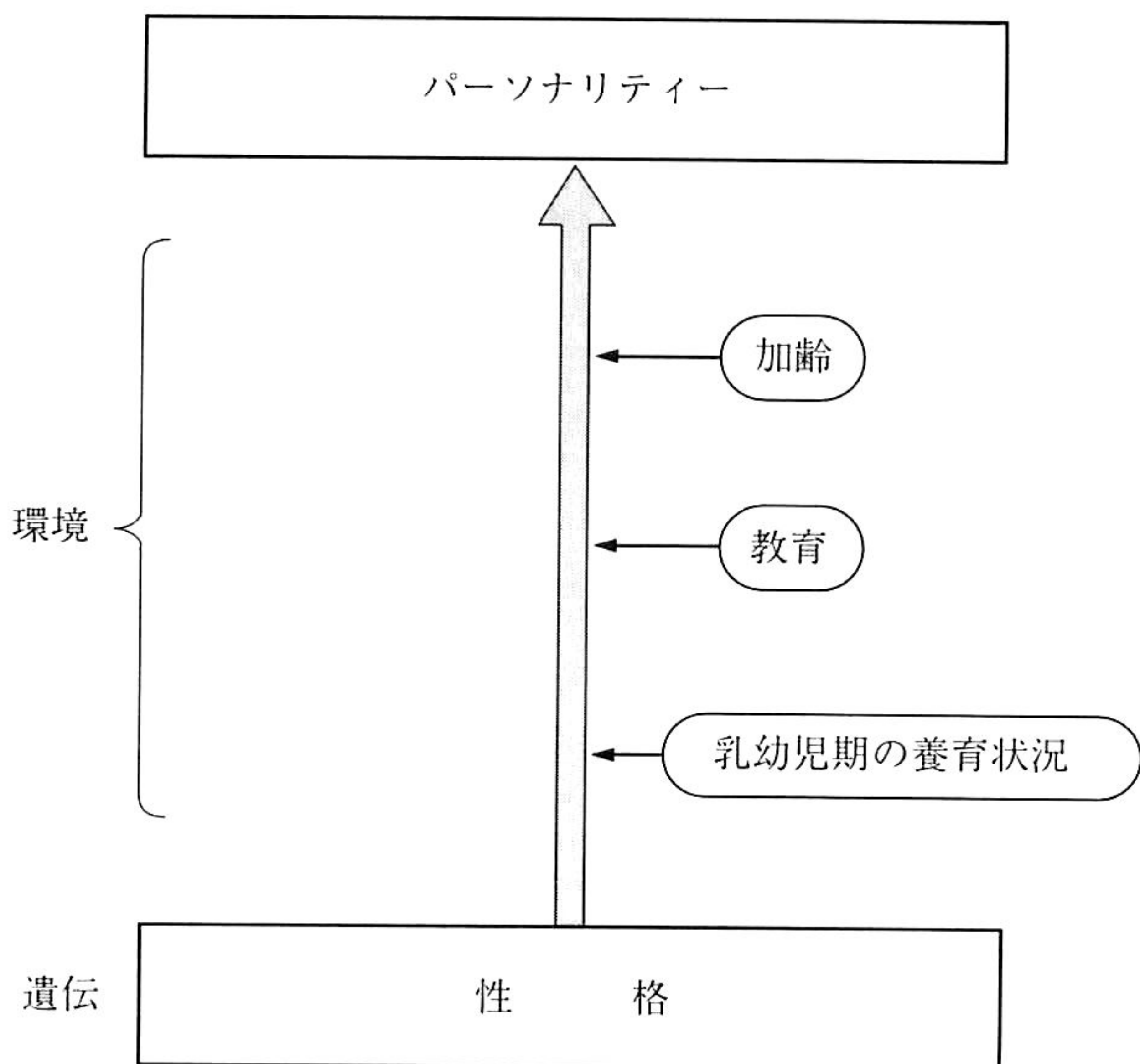
環境

加齢

教育

乳幼児期の養育状況

遺伝

性　　格

III－1　性格とパーソナリティー。性格は、遺伝的にある程度決まっている。この性格を土台に、そのうえに、乳幼児期の養育状況が主に影響してその人のパーソナリティー（人格）が出来上がってくる。

もありそうだと考えられます。それは、人格あるいはパーソナリティーと呼ばれるものだといえるでしょう。人間の行動を決める要因として、基礎には性格が重要ですが、性格を基盤として、その現れ方の様相には、人格すなわち感じ方とか受け取り方という情緒面が、原動力として大きい意味をもってくると考えられます。

　この人格は、先天的な性格の土台のうえに、育

てられ方とか環境との相互作用というものによって、築かれてくるのだとみることができるでしょう（Ⅲ―1）。つまり、育てられ方とか環境との相互作用という要因は時代や社会の影響を色濃くうけてきます。昔にはなかった登校拒否とか家庭内暴力は、日本の現代的子育てと社会の病理の産物とみることができます。

人格形成への影響は、すでに出生直後から二、三歳までの育てられ方がもっとも大きいと考えられます。この新生児期・乳幼児期の子育てで重要なことは、子供の将来の自立を視野において、甘えを排した確固たる信念と真の愛情ある養育態度です。肝心な新生児期・乳幼児期になした親の独りよがりのベタベタした甘やかし子育てのツケは、思春期・青年期になって登校拒否とか家庭内暴力となって親に突きつけられます。それは、成人に至っても尾を引き、就職拒否や出社拒否などになって現れることもあるのです。

大切なわが子に、無事な社会的適応を期待しない親などはおりません。ぜひ、新生児期から二、三歳までの一番大切な時期の子育てを誤らないようにしていただきたいものです。

それでは、当の親の子育て法はどう決まってくるものなのでしょう。現実問題として子育てとはどのようにできあがってくるかという検討をしておくことが必要です。すなわち、子供の将来の健全な発達成長を願って、よりよい子育て法を探って、最後に自分流の育て方に到達するのか否かです。ところで、子育てには親の努力が大きいことも事実でしょうが、子育ての実

態にはもっと宿命的なところがあるのだという調査結果もあるのです。それは、「親は自分が育てられたようにわが子を育てる」というものです。親の熱心な学習や慎重な検討の結果、一つの理想的子育て法に到達するというような観念的なものではないのが、子育ての実相だというわけです。そのような認識を十分にもったうえで、それでもなお親として何か努力する余地はないものかを探っていくのが大切ではないでしょうか。

わが子に行動上の問題が起きると（思春期以降に起こりがちなことですが）、親は自分の子育て方に問題があったと思うものです。その、子育てに後悔と自信喪失に打ちひしがれている親に追い打ちをかけるような指導をし、理想的な家族のあり方を説く専門家がしばしばみられます。「夫婦は仲良く信頼しあって、協力して家庭の運営にあたらなければいけない」、「親子間のコミュニケーションを密にする必要がある」、「家族のあいだには隠しごとがあってはならない」、「家庭の団欒（だんらん）のために朝食はもちろん、夕食もいっしょにとって一日の各自の出来事を報告しあうことが大事だ」、などと、理想的な子育てとか家庭生活を、その種の先生は提唱します。

しかし、そんな絵に描いたような望ましい家庭の姿など、子供がある程度、成長した家族には、まずみられないでしょう。思春期に入った子供が親子でしみじみと話しあっている光景など、かえって不気味で異様です。

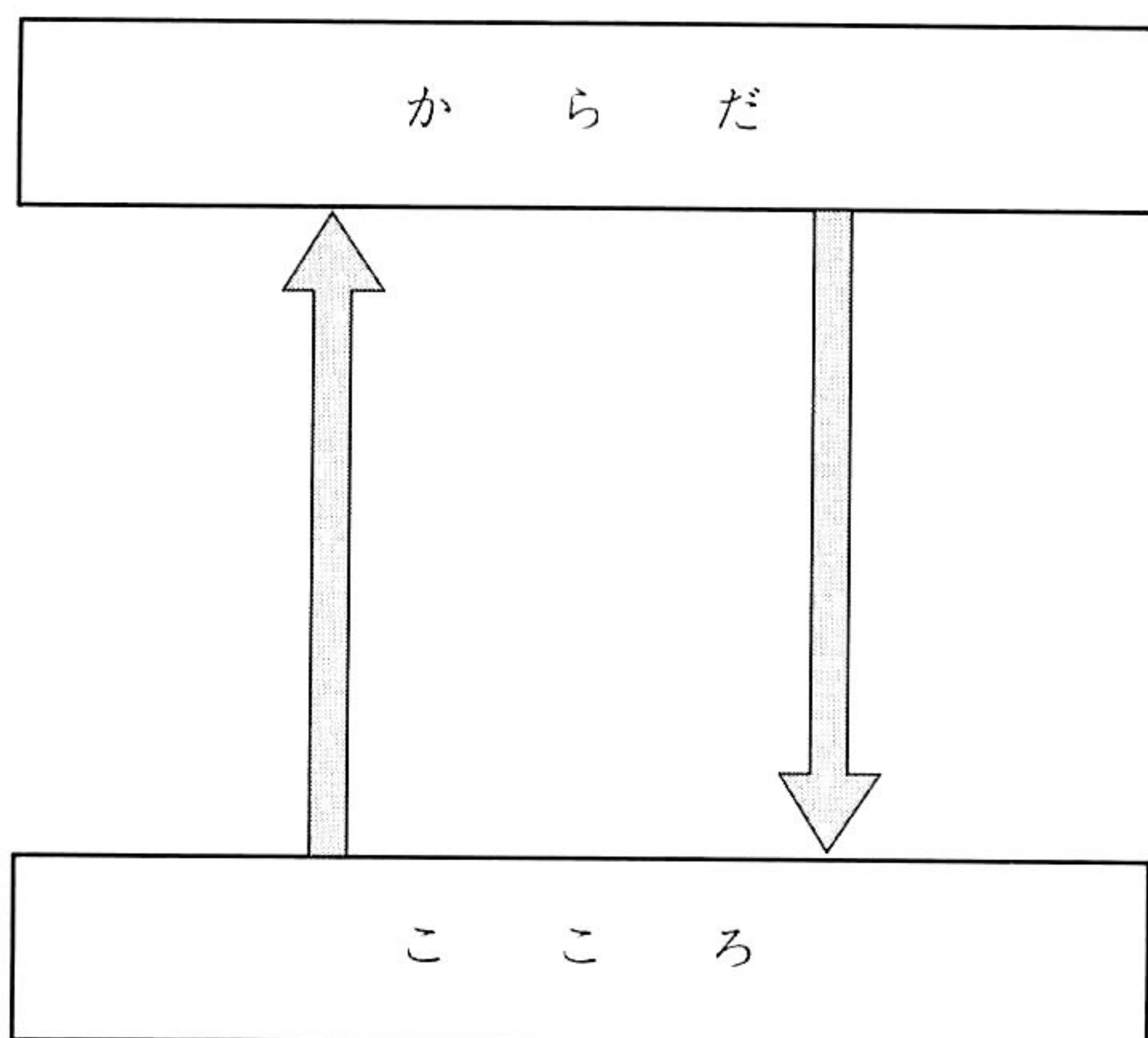
すなわち、子供の健全な育成にとって必要と提唱される理想的な子育てなどは実際問題としては、空想の世界のことだと私は思います。もっと平凡で、欠点も多い私たち一般の夫婦でも実行可能な、子供の将来の自立に必要な子育ての最低基準を探求し、試行錯誤しながら努力することのほうが実際的でしょう。

しかし、理想からはほど遠い子育てをしている親も、ときには、子供にとっては反面教師となって、ありがたい存在となることもあります。つまり、親は子供に、人間としての生き方の理想的な手本など示す必要は必ずしもないのです。現実の父親は、たいていの家庭で、グータラ親父です。人間のかがみのような親では、子供は息がつまってしまうでしょう。親のグータラさをみて、嫌悪を感じる一方、親に哀れみを抱くようになったら、しめたものです。その時点で、わが子は、こころの自立と親からの独立を遂げたのですから。

性格やこころの状態は、身体の病気にも重大に影響する

「健全なる精神は、健全なる身体に宿る」というのは、からだを鍛えることの大切さを説く格言でしょうが、むしろ、「健全なる身体は、健全なる精神がつくる」というのが実態に近いと思われます。心身は、このように相関しているわけです（III－2）。いたずらに精神主義を主張するのは誤りですが、こころのように実像が見えにくいものの重要性が、このごろとみに強

からだ

こころ

III－2　心身の相互作用。一人の人のからだの状態には、その人のこころのあり方が大きく影響する。こころの状態もからだの状況から大きな影響をうける。これらの心身間の相互作用の大きさには個人差がある。

調されてきている根拠は、医学の面でも実証されてきました。

　がんが治るか否かもこころの持ち方しだいのことが多いことが証明されかけてきました。

　がんは、現在では遺伝子病であることが確定したといわれています。がんが多発する家系がある反面、がんがあまりみられない家系のあることも知られています。一方、個人でみますと、がんになりやすい人と、がんにかかりにくい人を比較した結果、性格との関係が密接にあることがわかったそうです。こころの持ち方が前向きで、攻撃的な性格の人のほうが、弱気で敗北主義の人よりもがんにかかる可能性は目

にみえて低いというのです。さらに、がんが発病しても、その治り方は建設的な考え方の人のほうが良好だといいます。このような現象がみられる理由として強気の人では、がんに対抗する抗体の産生が活発なために、がん細胞の発生や増殖を抑える結果、発病は少なく、たとえ発病してもがんの進行を遅らせ、あるいはがんの治り方も良好だというわけです。

このようなことから、一見、こころの持ち方とは無関係と思われてきた身体病でも、こころが重大な影響力を発揮していることが、しだいにわかってきています。

ストレスのない場所などは地獄だ

身体の状況にたいしては、こころが大きく影響していることがわかってくるにつれて、人のこころをむしばむ元凶として、ストレスが敵視されるようになりました。そして、なるべくストレスの少ない生活を送ることが、健康保持に不可欠だと言われるのです。現代は、ストレス社会になったと嘆かれもしています。

しかし、ストレスのない、またはストレスの少ない場所はどこにあるのでしょうか。騒音は私たちの神経を逆なでしますが、一方、病院の耳鼻科などにある、防音室という音のまったくしない場所にしばらく入っていますと、私たちは、たとえようのない不安感に襲われるものです。

なんの悩みも困難も苦労もない天国のようなところは、実際には地獄のように耐えられない場所だといわれるのは理解できそうです。

このように見てきますと、適度のストレスは健康にとって一番よいことが理解されます。悩みや苦労のない場所は、現実に存在しないばかりでなく、心身の健康にとっては、むしろ適度の刺激というか、ちょうどよいくらいのストレスがあったほうが望ましいことが分かります。人間のこころの充実というか健康にとってもっともよい環境は、適度な敵愾心をもつことのできる状況だといわれているのです。

事実、非常に忙しいと、何とかヒマができたら、あれもしたい、これもできるのにと私たちは嘆きますが、いざその待望のヒマができると、何もせずに時間を過ごしてしまって退屈することは誰でも経験するところです。忙しいからこそ、「このままではいけない」という緊張感から案外、まとまった仕事を仕上げているものです。大き過ぎるストレスは、人間を押しつぶしかねませんが、適当な大きさならばバネとしてストレスは、むしろ役に立つのです。

心身症を実感した内科医の実例

高血圧が心身症である根拠は、次の例があることで、わかるのではないでしょうか。

K氏は、四九歳の内分泌専門のベテラン内科医です。彼は、頑健でエネルギッシュな活躍を

して患者さんにも親切な先生だと定評があります。このK氏には、一つだけ持病があるのです。軽度の高血圧です。それでも自覚的にはなんの症状もありませんので、高血圧の治療も受けずにあまり節制せずに仕事に忙しく働いています。高血圧は心身症のひとつだという知識は内科医ですから当然もってはいるのですが、自分の高血圧が心理的影響をうける病態だという実感はありません。職場での年一回の定期健康診断で測るとたしかに血圧は高いのですが、病気だという実感もないし、診療が忙しい事もあって高血圧の治療をうけようと考えたこともありません。紺屋の白袴というわけです。

そのK氏も、急に鼠径(そけい)ヘルニアという病気にかかっていることに気づいて、勤務先の病院の外科に入院して手術をうけるハメになったのです。もともと健康には恵まれていたK氏は、それまで入院した経験など一回もありません。病院は治療者という立場でしか認識したことはなかったのです。いざ、患者として入院してみると、かつて想像していたようには入院生活が辛いものでは決してないことを発見して驚いたのです。また、ひごろ忙しく働き過ぎていたことも反省できました。優秀な医師のK氏は、このように入院患者としての経験がもてたということは、貴重な体験だったと自分でも知ったといいます。

手術も含めて一一日間の入院生活で、K氏が分かったのは、病室で何もしないで終日ベッドのうえで寝ていると血圧がずいぶん低くなっている事実です。

外科を退院後、K氏は自分の健康を過信することはなくなって、定期的に循環器科の内科医の診療をうけることにしました。そこで再び発見したことは、身体的に忙しい時よりも、身体的には無理していない論文書きなどの頭脳労働をしている時のほうが血圧が高くなるという現象です。この体験からK氏は、たしかに高血圧が心身症、すなわち病態が気分の状態の影響を密接に受けるものだと実感したのです。

心身症とは

心身症というのは、身体症状を主症状としますので身体病そのものに見えますが、単なる身体病とは断定できず、その発病、経過、治療に対する反応の有りように、当人のこころの状況がとくに重大に影響している場合を指します。先に述べたとおり、考えてみれば身体病は、こころの状態の影響を多かれ少なかれ受けているのですから、何も特定の病気だけを心身症として扱う必要などなく、すべての身体病は心身症であると見なして誤りはないでしょう。しかし、実地臨床上、幾多の身体病のなかで、とくに心理状態が重大要因として作用している事実が認められる病態があることは確かで、それらの疾患を心身症と呼ぶのです。

ところで、心身症の人のこころの問題の発生原因は何でしょうか。人のこころのあり方には、性格の成り立ちの究明がカギになります。それには遺伝的要因が大きいと考えられます。

①呼吸器系	過換気症候群，気管支ぜんそく
②消化器系	過敏性大腸症候群，消化性潰瘍，神経性食思不振症，遺糞症，心因性嘔吐
③循環器系	起立性調節障害，心臓神経症，本態性高血圧
④生殖・泌尿器系	神経性頻尿，遺尿症，インポテンツ
⑤神経系	乗り物酔い，運動麻痺，視覚障害，聴覚障害，チック，吃音，夜驚症
⑥内分泌系	糖尿病，バセドウ病
⑦皮膚系	アトピー性皮膚炎，じんま疹，円形脱毛症

III－3　心身症の種類。心身症とは、身体病ではあっても、その身体症状の発現に個人のこころの問題が大きな要因となっていると推定される病気をいう。おもな心身症を器官ごとにみると、表のように分類される。こころの要因は何か、個人ごとになぜ特定の器官系に取り付くのかは、詳しくはまだ不明である。

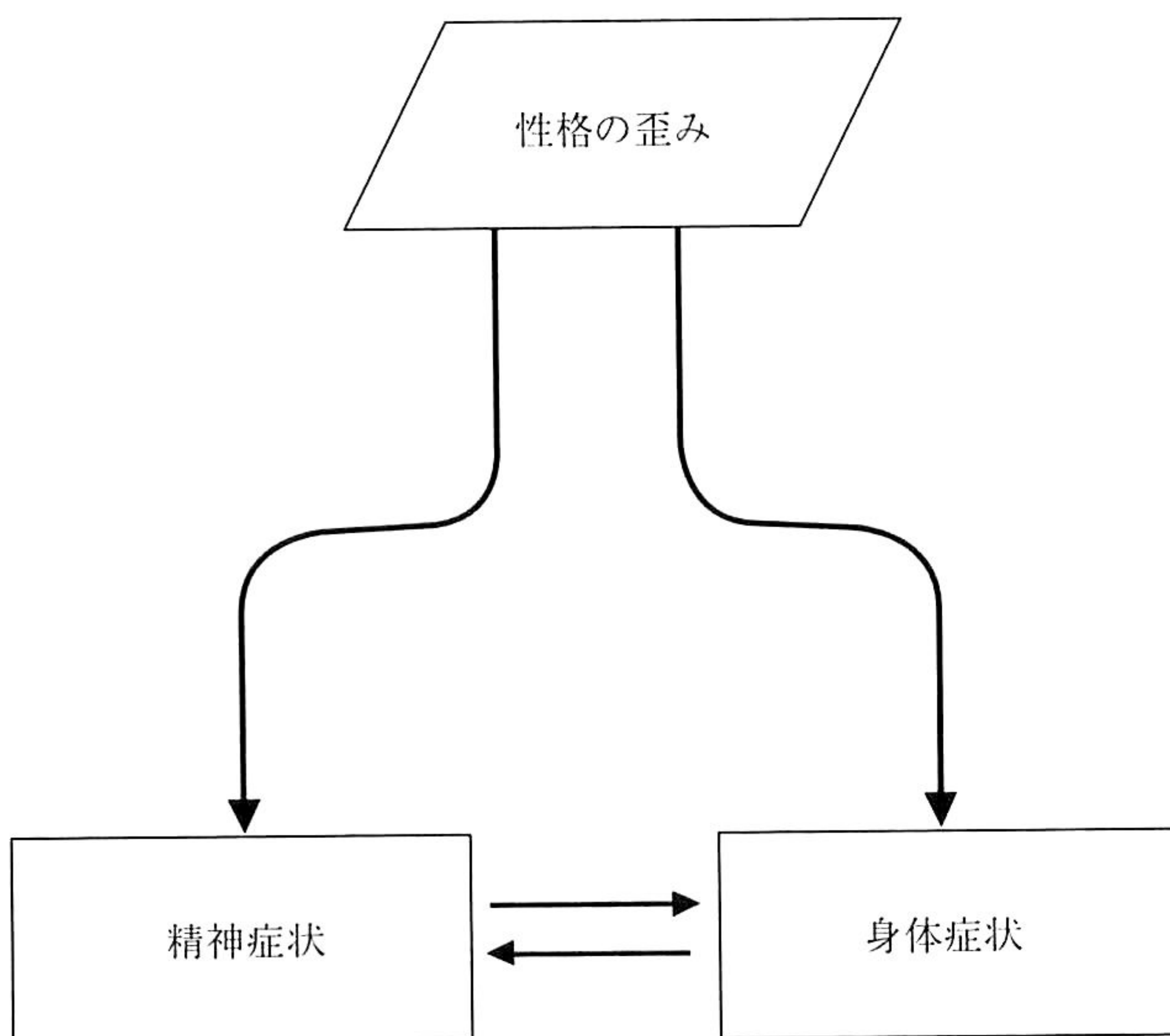
さらに育てられ方、とくに母親の養育態度にも問題が求められやすいものですが、母親の問題は子供のこころの問題の原因なのか、あるいは幼くして心身症を起こす子供を抱えたことの結果なのか、の鑑別が大切です。最近のある調査によれば、母親が問題だというのは、原因というより結果だというのが正しいようです。

さらに、ストレスがつよまっている現代社会の問題性とか、生活様式の問題とかが指摘されていますが、それぞれ諸要因に比重の強弱はあっても、それらが影響していることは否定できません。心身症を増加させる現代社会の様相がつよまっているのです。

主な心身症の種類には、本態性高血圧、気管支ぜんそく、狭心症、過換気症候群、消化性潰瘍、神経性食思不振症、過敏性大腸症候群、過敏性膀胱症候群、インポテンツ、円形脱毛症、メニエール症候群、失声、乗り物酔い、などがあります（III—3）。これらが心身症とされ、心理的要因の関与が大きいものと考えられる理由は、さきほどの実例のところで述べたとおり、症状の消長に、こころのあり方が重大に影響しているからです。

心身症は身体病診療科の担当

心身症の発病には、その個人の性格が重要な要因になっている（III—4）のですから、その治療は精神科が担当するのかといいますと、実際には、精神科以外の内科とかその他、身体病

性格の歪み

精神症状

身体症状

III－4　性格因と精神症状・身体症状の関係。

診療科が診療を行っているのがふつうです。それは症状の点で、心身症は、身体病のように患者さんには感じられますので、身体病の科へ診療を求めに行くのが当然でしょう。

そこで身体病科で心身症の身体症状に対する対症療法を受けることと並んで、生活調整、予期不安に対する抗不安薬・抗鬱薬の使用をしてもらうことは、実際的対応として有効です。

一方、人間のこころの問題は、説得などしても容易には変えられるものではないという洞察が必要でしょう。そこで、現実生

活にたいするこころの構えの強化には、身体病科としても、根気づよい精神療法的指導が大切です。

ところで、こころの状態の問題が心身症の「原因」とするのは行き過ぎだと思います。病気の発生は、幾つかの要因が複合して作用した結果であると考えられますので、こころの問題は必要条件として重要ではあっても、それらの諸要因の中の一つにすぎないと見るべきでしょう。それをこころの問題が発病の十分条件であるかのように評価するのは、心身症の本態を見失うことになりかねないからです。中年になった時点で、精神的に根をつめると血圧が上がることが理解されますが、K氏にしても二〇代の若かったころは、精神的に無理をしても血圧が上がることなどはなかったのです。

それと、精神的にストレスが加わっても、血圧が上がることがない人のほうがずっと多いのです。また、精神的ストレスが大きくても血圧には影響しなくて、胃潰瘍になるなど別の表れ方をする例があることはどう理解したらよいのか不明です。

いずれにせよ、心身症といっても「こころの問題」だけで身体症状が出現するといった、単純なものではないようです。

「こころの問題」は身体症状の成立にとって比較的比重は大きいけれど、やはり複合要因のひとつ、つまり「誘因」、キッカケにすぎないとみるべきでしょう。

知・情・意は別々の働き

こころは、昔から知・情・意の三つの側面に分けてみると理解されやすいといわれてきました。この分け方は、たしかに便利です。知とは知能とか理性のことです。情とは感情とか情緒または感性にあたります。最後の、意は意志ないし意欲のことでしょう。この知・情・意は、こころの中でバラバラに存在しているものか否かは不明ですが、おたがいに比較的独立していると見てもよいようです。

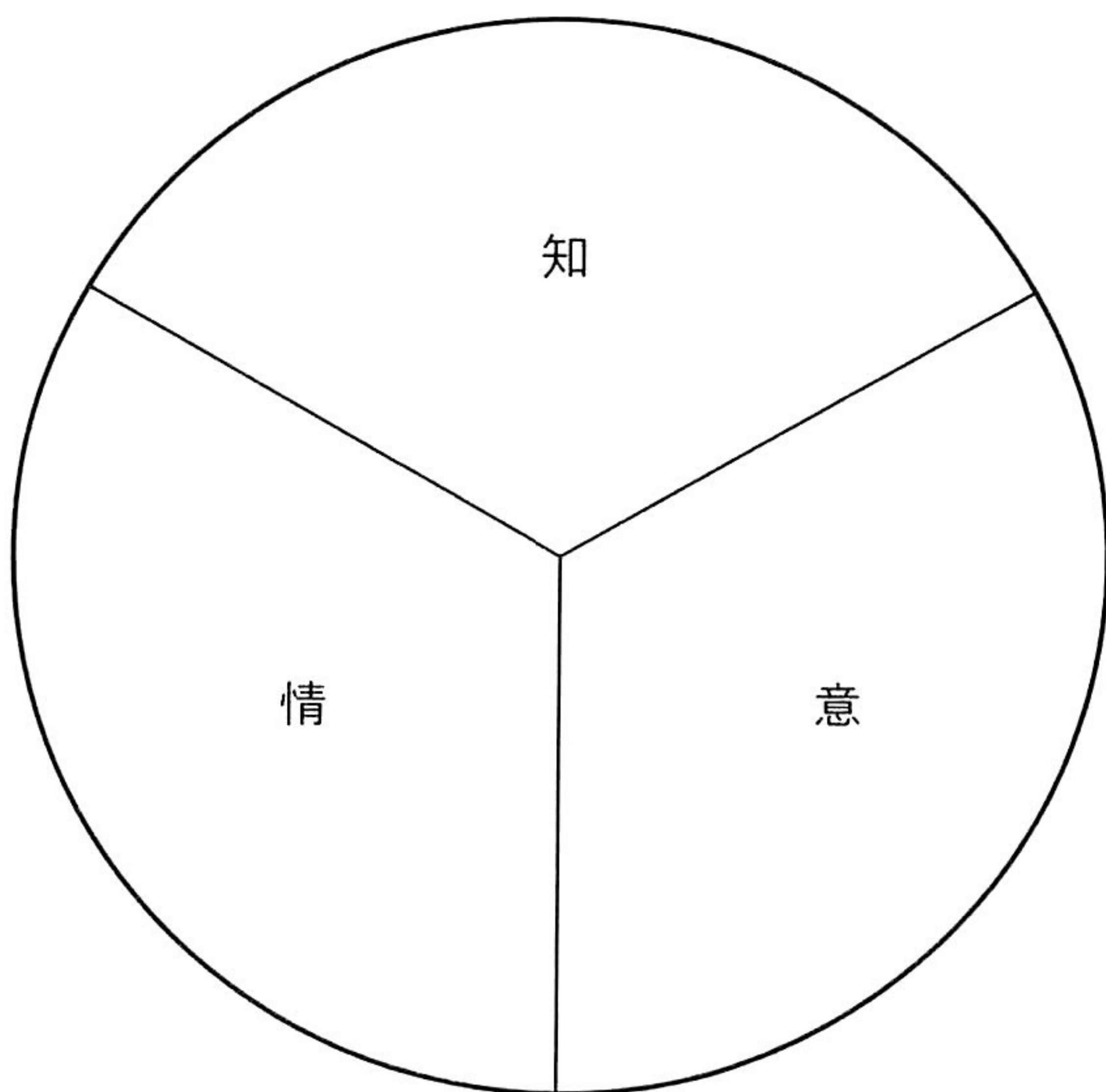
知と情と意が、別々に働いている根拠は以下のとおりです（III－5）。知能が高く、感情も円満で豊か、意志も固いという、いわば理想的な人もいないことはありませんが、みなさん、ご自分の周りの人たちを眺めてみてください。高学歴で知能はたしかに抜群だけれど、偏屈で思いやりはほとんどなく、意志が固そうに見えても、融通がきかず対人関係に問題がある例はむしろ多いものです。

一方、知能は十人並みで、一見、豊かな情緒があって、社交的なのはよいけれど誘惑されやすくて、その場その場で行動に一貫性がないために、信用されていない人もいるのではないでしょうか。

私は、専門病院で障害者の人々の診療を行っていますが、知能は極端に低いけれど、他人にたいして思いやりが深く、簡単な内容だけれど、作業を熱心にやっている人もいて、感心させ

知

情

意

III－5　精神の３つの側面。精神のはたらきは便宜上、知（知能）、情（感情）、意（意志）の３つの側面に分けて考えてみると、理解しやすい。しかし、この３つの側面は一人の人のなかで別々に独立して機能しているのであって、相互にはあまり関連していない。この事実は、とくに人格障害や精神分裂病の患者さんで観察されやすい。

られることがあります。

知能も感性も人並みはずれて優れてはいるのに、意欲が乏しいために引きこもりの生活を送っている人が大勢いるのが、現代病の一つであるといえましょう。

このように見てきますと、知と情と意は、同じく精神機能ではありますが、それぞれ互

いに独立していて、必ずしも一つが優れていれば、他も優れているというものではなく、それぞれ別個に働いていることが分かります。

私たちは、友人とか自分より若い人に向かって、よく「がんばれ！」と声をかけて励まします。日本人は、よほど上昇志向を美徳と考えているのでしょう。「がんばれ！」は、励ましであると同時に「キミなら頑張るちからがある。がんばって一段と上を勝ち取れ」という評価でもあり応援でもありますから、「がんばれ！」と言われて気をわるくする人は、まず、いないでしょう。この励まし言葉は、一面では、「知能は生まれつきのものでいまさら仕方がないけれど、意志を固くもってがんばれば、知能の高い人にも追いつけるはずだ」という意味ももっていそうです。

すなわち、日本人は一般に知能と意志とは別の精神機能だと、むかしから気づいていたのでしょう。もし、知能の高い人ほど意志が固いとか、逆に知能の高い人は決まって意志薄弱だというような、正あるいは負の関係があるものなら「がんばれ！」は意味をなさないことになってしまうでしょう。実態はそうではなくて、知能と意志とは相互に独立した別々の精神機能面だと、むかしの人も経験上、正しく認識していたのです。私の前著、ブルーバックスの『知能とは何か』と『親が知らない子どもの心』にも書いておきましたが、知能はかなり先天的に決定しているところが大きく、後天的な環境からの影響は小さいのですが、一方、意志はどうで

しょうか。
「がんばれ！」と励まされれば、本人は果たして発憤できるのかです。意志は性格の一つで、遺伝が支配している部分が大きいと考えられますが、知能ほど先天的要因は圧倒的ではなく、後天的要因も決して小さくないと思われます。豊かで甘やかされて育てられれば、意志薄弱で軟弱な大人になりやすく、貧しい環境に育てられれば、何とか自分のちからで生きていこうとするたくましさが自ずと身に付くことは、私たちは経験的に認識しています。とくに乳幼児期に甘やかされることなく、けじめをつけて育てられれば、思春期にも情緒的な破綻をきたすようなことはなく、自立心が身につくと信じられています。そこで、たとえ高知能でもなく、貧しくても、努力こそ大切という「がんばれ！」が励ましになるのです。つまり、意志にも、先天的要因はいくらかあるけれど、本人の自覚ひとつで知能よりも何とかなる、もう一つの原動力になるのでしょう。

知性と感性は一致しない能力

知能は高い人なのに、感情とか感性がまるでダメな場合はしばしばあります。相当なインテリにトラの絵を描いてもらうと、ネコだかブタだか不明な作品しかできてこない例がありますす。このような例は、私たちの身の回りには際限なく転がっておりますので、なにも有名人に

登場してもらう必要はないでしょう。いずれにしても、知性と感性とは必ずしも一致しない能力であることがわかります。

反対に、知能は低いものの、豊かな感性の人もいます。山下清さんという有名な放浪画家は、きわめて個性的な芸術作品を残しました。むしろ知能が低いからこそ、既成概念にとらわれない、あのような独創的な絵画ができたのでしょうか。テレビにも出演し、ご自身も披瀝(ひれき)されていますので、本書でも紹介させていただいてよいかと思いますが、ノーベル賞作家の大江健三郎氏の子息の光さんも、知的障害をもっていながら、感性のほとばしった作曲をいくつも世に出して、その音楽は人々の感動を呼んでいます。

高学歴者が研究者として大成しない傾向がある理由

全国的に最難関の大学の出身者でありながら、期待に反して研究者としては殆ど業績を挙げていない例は予想以上に多いもののようです。このような現象が起きがちなのは、なぜでしょうか。私からみますと、このような現象は、あまり奇とするに当たらないことだと思われます。というのは、一般に最難関の大学なり、最難関の学部に合格する子供たちには、一種の共通点が見られるようです。

つまり、現行の入学試験のシステムにたいして天才的な能力を発揮できるタイプの子供たち

が確かにいて、入試に勝利を収めるのです。現行の入学試験のシステムとは、コンピューターのデータベースのような物事の記憶なり、やり方を要求しているのであって、そのシステムに苦もなく乗っているのが激烈な受験競争の勝利者であるにすぎないのです。現行のシステムを、記憶万能から感性検査（そんな検査が可能か否かは、ひとまず別問題として）にでも転換させれば、現行の勝利者は、たちまち落後者に転落するという、危なっかしさを最難関の大学の合格者はもっているのです。研究能力も、一種の感性だと思うからです。

それと、もう一つ現行の入学試験のシステムは質的な問題を抱えています。それは、記憶力や連想力を試しているにすぎない現行の入試は受験生に、事実として一応みとめられている事柄を疑いもたず記憶するという従順さを要求していると思われます。「それは変ではないか」と疑ってかかるような受験生は入試には落後するのです。私は、現行の最難関の入試の合格者たちが、頭がすぐれているとは必ずしも考えておりません。その程度の知能者は、みなさんの周囲にも大勢いるはずです。受験競争の勝利者は、頭が人並み以上にすぐれているからではなく、むしろ既成のまぼろしのような事実を疑うこともなく、記憶していかれる、従順な性格の持ち主だというのが当たっていると思われます。

このような受験秀才は、乾いた海綿が水分を吸うように既成の知識にたいして、驚異的な吸収力をもっているにすぎないのです。しかし、コンピューターで代行できるような記憶力な

ど、現代でどんな価値を持つものでしょうか。抜群な記憶力などは、研究に必要なアイディアの着想にはまったく役立つことがないどころか、定説を疑ってかかるという、研究者が重要な業績を挙げるに必要な習性を身につけることにたいしては、重大な阻害物になってしまうものです。

研究の価値を決定するアイディアを、コンピューターは私たちに与えてはくれません。人間の脳は、不確かそうでいながら、バカ正直で融通の利かない巨人、コンピューターが到底できないアイディアを思いつくという離れ業をやってのけるのです。研究は、前人未踏の新発見、新考案でない限り何の価値もありません。新発見、新考案は、既成概念に満足しない、ヒネクレ者のアイディアによってのみ生み出されるものです。

したがって、先人の業績を疑うことなく、従順に記憶することに長けた人にすぎない、最難関校の入試合格者は長年、素直な学習行動が習い性となっているので、彼らの従順さはアイディア着想にとって何の役にも立たないことは、しごく当然ではないでしょうか。

難関でない学校の卒業者こそ大成する傾向がある理由

これにたいして、高学歴者、あるいは有名ブランド大学の卒業生ではない人々は、既成の学問に汚染されていません。もちろん、偉大な業績を挙げるのに必須なアイディア着想と「既成

の」学問は関係ありません。

ここで例を出すのが適当かどうかわからないのですが、パリでも大人気の「KANSAI」で有名な、世界的にめざましい活躍をしている日本人ファッションデザイナー、山本寛斎氏は大学を卒業していません。

また世界的版画家で芥川賞作家、さらに映画監督でもある現代のレオナルド・ダ・ヴィンチともいうべき天才芸術家の池田満寿夫氏は、私の出た高校の一年後輩（ちなみに在学中、私は彼の存在をまったく知りませんでした）ですが、彼は東京のさる国立の芸大を何回受験しても合格しなかったそうです。もし、両氏が、相当する有名専門大学を卒業していたならば、彼らの独創的な才能は開花しなかったかもしれません。あるいは開花したとしても、果たして今と同じものか分からないでしょう。

難関でない学校の入学者は、選抜の一つの手段にすぎず、それ以上のポジティブな意味などもっていない受験競争に翻弄されずにすんだだけでなく、既成の不確かな学問に汚染されないでこられた幸運のために、何物にもかえがたい貴重な、自由な発想ができるのです。当然の帰結というべきでしょう。

一方、有名校を卒業していない人は元来、一般に既成知識を海綿のように無差別に吸収するような余分な、本質的でない能力はもっていませんので、物事を大事なものとそう大事でない

ものに判別して、大事なものだけを覚えようとする習性を、日ごろ身につけるようになっている人が多いようです。このような判別力・鑑識眼こそが、新発見だけが価値があるという研究には必要とされるのですから、この点でも業績を挙げるには、有名ブランドでない学校の卒業者に有利といえましょう。

3　精神医学と臨床心理学

心理学者の立ち居振るまいと精神科医の立ち居振るまい

目立った社会現象が見られたり、こころに関係した事件などが起きたりすると、新聞やテレビには心理学者が登場して、その種の現象や事件を専門の立場から解説とか対策の提案をする場合が多いですが、若干の例外はあるものの、精神科医が出てきて意見を述べることは少ないようです。これは、なぜでしょうか。

心理学者の方が精神科医よりも、その方面の勉強をしているせいかもしれませんが、私は精神科医のひとりとして、心理学者と精神科医のあいだには、その態度というか立ち居振るまいに基本的な差異があると思います。すなわち、心理学者は、人間のこころの現象を見るのに、これまでの欧米の研究や学説、あるいは自身の独特な見解をもってきて、説明しようとする傾

向があるようです。つまり、演繹的態度です。これに対して、精神科医は、より臨床的というか患者さんの実態をあるがままに見て、観念的解釈を避けようとする習癖があるのでしょう。言葉を換えていえば、帰納的態度といってよいのです。

毎日こころの臨床をやっておりますと、人間の実体はきわめて深淵で、一見もっともらしい単純な理論で明快に割り切るには、あまりに圧倒的な威力をもって治療者である自分に迫ってくることを精神科医は実感するのです。そのために、精神科医は考え込んでしまい、求められても発言する決断がつかないようです。

私も、社会で特異な事件が起きますと、新聞社や雑誌社から、意見を求められることが稀にありますが、会ったこともない事件の当人の精神特性などコメントするような軽率なことは到底できないのです。精神医療の専門家であるだけに、自分の発言の社会的影響も度外視するわけには参りません。臨床的資料も十分にはなさそうなのに、マスメディアをとおして気軽に発言する一部の社会心理学者をみると、非臨床家は気楽でいいなと複雑な思いです。

一方、大きな事件が起きますと、裁判で事件の被告の精神鑑定が請求される例が大部分でしょう。これは、被告人に当の事件をめぐっての責任能力が、どの程度あるのかを精神面について鑑定するのです。精神鑑定をするのは、事件についてマスメディアで活発な発言をしているような心理学者などではなく、法的権限と強制力を国家から与えられている、後述の精神保健指

定医と呼ばれる精神科医なのです。このような職責があることからも精神科医は、ひごろ人間のこころの問題について気軽に発言しないのかもしれません。

精神科医と心理臨床士はどこが違うのか

最近、日本各地に民間の「こころの相談室」ができてきて、人々のカウンセリングを行う傾向がみられます。これらの活動をしているのは、臨床心理士とか心理カウンセラーと呼ばれる国家資格のない人々です。この人々は医師ではなく、現在のところ多様な経歴をもった方々です。さらに、外国からさかんに来日して講習会を開いているオカルトじみたカウンセリングのグループまであって、彼らはいろいろな呼び方を自らしていますので、ここではこのような職業人を心理臨床士と一括することにしますが、なかには、法人組織の協会をつくっていて、そこから民間資格を出しているところもあるようです。現在のような複雑化した社会や家庭では、こころの問題に悩んで、そのような心理臨床士の指導を受けたいという需要が増してきていますので、このようなカウンセリングが活動しているのは十分に理由のあることです。

一方、こころの問題を援助する医療機関として、精神科があることは市民は誰でも知っているのですが、残念ながらこれまで精神科というところはオドロオドロしくて、ふつう気軽に相談に行けるところとは考えられていないことは、精神科医である私も認めないわけにはいきま

せん。そこで市民が一大決心などするまでもなく行くことのできる相談機関として心理カウンセリング室ができていくのは、ある意味ではよい動きといえるでしょう。

しかし、一部の心理カウンセリング活動には、国民のこころの健康の維持増進にとって、小さくない危険が潜んでいることを、今のうちに気づく必要があるのではないかと危惧するのです。それは何でしょうか。

こころの問題は、心理上のメカニズムで起こるとは限らない

ふつう何か、こころの問題で悩んでいる人がいれば、その原因として職場のトラブル、家族内の葛藤、友人関係、失恋、学校生活の不如意、さらには幼時体験や生い立ちなどに思い当たることはないかと、一般の人でも悩みの根元を求めることは当然ですし、臨床心理学でも、そのような探求をします。

しかし、こころの問題は心理上の理由で起こるとは限らないのです。たとえば、従来、登校拒否や出社拒否の原因の大半は、神経症性のもので、これらは心理療法で改善するといわれてきましたが、実は軽度の鬱病や精神分裂病が根底にある例が少なからずあることが分かってきました。友人関係のもつれが原因と自分でも思いこんで不眠とか食欲不振を訴えて、心理療法を受けていたけれど一向によくならない女性が、実は仮面鬱病と病院で診断され、薬物治療に

よって短期間で治った例もありました。
さらに端的な例をあげれば、職場で作業能率が急に落ちた人が上司から「なまけだしたな。私生活上の問題でもあるのじゃないか」といわれていたのが、病院で検査の結果、脳血栓が発見され、治療したところ、まったく本来の勤勉な勤務態度に回復したのです。他の例では、性格が変わってしまった男性は、家庭でも職場でも行動に破綻をきたしたのですが、実際には脳腫瘍が原因だとわかり、その手術で全快しました。このように神経疾患でありながら、神経症状はほとんど表さないで、こころの問題だけしか、表面に出さない場合があることを臨床家は知っていなくてはなりません。
ここで述べたような例は、極端だろうと思われるかもしれませんが、決して稀な例外とは断言できないのです。もし、これらの人々が心理カウンセリング室にきたら、心理臨床士はどう指導するのでしょうか。「これは心理臨床の対象ではない。早速、病院で診療をうけるべきだ」と気づけばよいのですが、それをすべての心理臨床士に期待できるでしょうか。そのように気づく能力を持つには、相当高度の医療の知識と技術をもっている必要があるのです。あるいは心理臨床士が、そのようなケースが現れることを認識していて、その際には、精神科医と緊密な連絡をとれるネットワークを完備しておくことが不可欠でしょう。
ところで、「精神科医は傷病としての精神疾患の診療を行い、臨床心理士は傷病以外の神経

症やボーダーライン・ケース（本書の著者注：境界性人格障害）の心理療法を行うのがよい」（山中康裕：日本精神病院協会雑誌、一四巻・五号・一九九五年）という疾病対象別の棲み分け論も一部にありますが、通常の精神科医なら、傷病としての精神病とか神経病と、神経症の鑑別は決して容易でない例がしばしばあることを痛感しているのです。傷病と非傷病というのは言葉のうえでは一見明確に分けられそうに思えるでしょうが、実際の精神科臨床では決して簡単なものではありません。

こころの診療で、鑑別診断がなぜ非常に大切かといえば、診断によって、その後の治療法が異なってくるからです。ことに鬱病は、薬物療法が圧倒的に重要なことを示す典型例ですが、このようなケースを傷病ではないとして神経症こそは、心理臨床士による心理療法の独壇場だなどと主張するのは臨床家であれば、実際問題としてたいへんな勘違いだと言うべきではないでしょうか。心理療法と薬物療法とは、症例ごとに軽重の差こそあれ、患者さんの利益のために渾然（こんぜん）一体となって行われなければなりません。

以上のように、こころの障害は、診断上の問題としても傷病か非傷病かという鑑別が決して容易でないことが多いだけでなく、治療の点でも、心理療法だけで足りるとか、薬物を用いないでもすむなどという判断は、簡単にはいかない場合がすくなくないのが、臨床の実際なのです。

一方、先刻の論者はどんな根拠からか「精神科医で神経症の精神療法とか心理療法ができている者は非常に少ない」と全国にいる一万人ちかい精神科医の臨床技術の実力を採点して（前述の手記）、それを理由に、当の精神科医たちに臨床心理士を認知してくれとか、心理療法は彼らに奉還してくれと頼んでいるのは、依頼あるいは要請をする方法としては決して上手なやり方ではないでしょう。だいいち、現在の精神科医たちの精神療法の実際に欠陥があるのならば、それはどの点かを具体的に例証して精神医療の改善向上に寄与していただきたいのです。

いずれにせよ、精神病性のもの、あるいは神経病性のものの精神症状かもしれない人々を心理臨床士が抱え込んで、それとは気づかないまま心理指導で明け暮れして月日が経ってしまいますと、もはや医学的治療の時期を失する場合もでてくるでしょう。なかには、鬱病のように自殺してしまう例も起き得ます。そうなると、患者さんにとってたいへん不幸ですし、やがてそのうちには、そのような不運な依頼人の側から心理臨床士にたいする訴訟の事案に発展する場合が全国各地で多発してこないとは言い切れません。

そうなれば心理臨床士の活動全体が社会問題化する事態が危惧されます。そうなる以前に、前述のような心理カウンセリングと医療との協力関係の整備と、妥当性のある役割分担の明確化が法的にも図られなければならないでしょう。このような法的、臨床的作業の必要性は、実際には、心理臨床士の存在を深刻に意識してはいない精神科医の側から問題提起されるとは考

えにくく、むしろ臨床家としての良心的危機感を抱くことが期待される心理臨床士の各団体からの方が提起されやすいのではないかと思われます。

私は、精神医療の現場や研究活動などで何人かの心理臨床士たちと仕事をしてまいりまして、彼らをこころの臨床の有能な共同専門職として評価しております。その心理臨床士たちが構成する組織も良識ある行動をするだろうと信じているのです。

心理臨床士の国家資格化は、彼らの臨床活動の責任の所在を明確にする必要から、こころの問題の診療担当者である精神科医の側からも早急に実現することが待望されます。しかし、その資格認定試験は、国民の精神保健の向上という重大性から、また心理臨床士自身の身分の保障と安定化のためからも、既成事実の積み上げげのような活動をしていて、関連領域からの評価が分かれている家元的協会に委託するのではなく、国家の責任において政府が実施すべきものと考えます。さる資格認定協会のような民間団体に心理臨床士の国家資格の認定審査を委託してくれという要望（前述の論者の手記）などは、医師国家試験を医師会に委託しろ、薬剤師国家試験を薬剤師会に委託してくれ、というに等しい理解困難な申し入れではないでしょうか。

心理臨床士の国家資格化を実現するには、一般市民の支持を得るための地道な実績を積むことが必要ですが、具体的な手続きとしては、手はじめにこころの診療を担当している医学会や全国規模の既成の関連諸団体の理解と支援をとりつけること、さらに一方、行政の理解を得る

ためには行政がもっとも警戒する同業の団体間の排他的分派活動と誤解されるような家元制のごとき動きは慎むこと、ではないかと思います。

いずれにしても、心理臨床士の国家資格化のためには、なお相当の年月と自重に自重を重ねた粘り強い努力が必要でしょう。

医師によるこころの診療

個々の人のこころの問題にたいする専門的面接援助を、心理臨床士は心理療法と呼び、精神科医は精神療法と呼びまして、両者は同一のものと見なされやすいですが、ときには、それが当たっている場合もあるでしょう。しかし、こころの問題をもった人を迎える精神科医には、心理臨床士の目とは異なったもう一つの目があるのです。もう一つの目とは、他ならぬ多面的な医学の目です。

こころの問題には、たしかに生い立ちや現在の対人関係のゆがみが生じさせた心理上の特色の映し出された部分もあります。この点では、精神科医の目も心理臨床士の目もあまり違わないと思われますが、もう一つの精神科医固有の目は、心理的な因果関係を超えた、人間の中枢神経の働きの障害がもたらすものを見抜く医学眼とも呼ぶべき職業的眼力なのです。

言葉をかえれば、精神科医は、心理と神経という複眼で、診療の場にきた人のこころを立体

視していると言えるのではないでしょうか。

心理カウンセリングと医療

医療では、内科であれ、外科であれ、さらにすべての身体病診療科では、病気の診断と治療の行為を、医師以外の者が行うことは法律が厳重に禁止しています。たとえば、医師免許のない無資格者が「あなたは、胃がんです。この野菜ジュースを毎日のめば治ります」といって、客からお金をもらったために、刑法によって懲役になる事件がときどき新聞に載ります。

なぜ、事件になるかといえば、医師でないのに診断をしたからですし、無免許で、あたかも薬効があるかのように物を売ったのは薬事法に違反するからです。診断をすることは言うまでもなく、内科ならば投薬、外科ならば手術が代表的な治療法にあたるのですが、医師であると偽るニセ医者はもちろん、医師ではないと断ってでも治療まがいの行為をすると厳罰が科される違法行為であることは、社会のたいていの人々が知っています。

しかし、こころの問題では、心理臨床士のような非医師が「登校拒否です」とか「自閉症です」と診断を保護者に告げても、また、心理治療としてカウンセリングや箱庭療法をしても医師法に違反した犯罪行為だと誰も言い出さないのはなぜでしょうか。私のように精神科医をしている者にとっては、人に対する侵襲としては、多少の薬物や軽い手術などにもまして、むし

ろ言葉による誤った心理的影響の方が、はるかに大きな打撃となると思われるのに、カウンセリングという一見専門性を装った用語のもとに、いろいろ雑多な指導がなされているという一部の野放し状態は困った現状だと感じています。

ちなみに、また一見、精神科医の行う精神療法に似ているものに、催眠療法というものがあって、テレビにときどき登場して、精神的な悩みや問題をもった人に催眠術をかけています。私も一人の心理カウンセラーと称する人が催眠術を実演してくれた研究会に出席して、つぶさに観察したことがあります。しかし、治療に催眠術を用いている精神科医は、日本には一人もおりませんし（本当は例外的に一人くらいはいるかもしれませんが、信用できる医師とはいえないと思います）、また知るかぎりでは世界でも文明国の現代の精神医療では例がありません。医療には元来、治療効果があると証明されたものは如何なるものでも取り入れるという、貪欲な雑食性の体質がありますが、催眠術を採用しないのは、理由を挙げるまでもないでしょう。

心理臨床士の確立のために

私は病院勤務医ですが、医師以外にも病院には色々な人が勤務しています。看護婦・臨床検査技師・放射線技師・薬剤師・理学療法士・作業療法士などは、国家試験があり、それぞれ国家資格をもった人たちが働いています。言語治療士は、まだ国家試験は実施されていませんが

それでも国立の養成所の卒業者です。このような職種の職員はすべて医師の指示・指導のもとに診療のそれぞれの受け持ち分野で活動しているのです。これらの職種は現在、コ・メディカル（診療共同者）と呼ばれていまして、それぞれ専門的判断力と技術をもってはいるのですが、診療に関する限り、かれらが医師の指示・指導を離れ独立して独自に行動することは許されません。

心理臨床士も、病院に勤務する場合は、コ・メディカルの一員として医師の指示・指導に従うことになります。そうせずに民間施設として開業するには、それが医療類似な行為であるとしたら何らかの規制に従う義務がでてくるはずですが、現在のところ、そのような法は整備されておりません。しかし、いずれ医療法に抵触する事態が持ち上がってくるでしょうから、法規制が必要になると思われます。他のコ・メディカルのようには、規制に縛られたくはないという気持ちが心理臨床士にあるのかもしれませんが、心理臨床士の活動領域は、こころの分野すべてにわたっているのではなく、精神科医や教育者との役割分担の自覚が心理臨床士に要求されると思われます。心理臨床士の方は自分たちの活動をめぐって精神科医に気を遣っているようですが、精神科医の方は心理臨床士にたいして診療上の重要な共同者の一員と評価しているのであって、他意などもってはいないのです。

高度に発達した社会のひずみのせいか、こころの問題の改善が大きく叫ばれ、こころの手当

が適切になされれば起きないですむ不幸な事件が多い現代ほど、数の面でも対応しきれない精神科医の活動とならんで、心理臨床士の活躍が切望される時代はなかったと思われます。

心理臨床士に求められる、そのような、精神科医とは異なった分担領域を自覚してはじめて、心理臨床士の活動が正当に評価され、その身分の社会的な認知が達成されるのではないでしょうか。

4 精神科医の診療と内科医・小児科医の診療

精神障害の診療は、精神科医の専売とは限らないのが実状

厚生省の統計によると一九九六年現在、日本では全国で精神科の診療をうけている人の数は、約一五〇万人おり、そのうち精神病院あるいは総合病院の精神科病棟に入院しているのは約三四万人にのぼるそうです。入院患者さんのうちには、病気はほぼ治って退院してもよいのに、帰る家がなくてやむを得ず入院生活を精神科で送っている人（社会的入院者）が数万人もいるのです。

精神科にかかっている人が、全国で約一五〇万人という数をみなさんは多いと考えられるでしょうか。日本の人口一億三〇〇〇万人に対して一五〇万人では、一・二パーセント弱に過ぎ

ません。しかし、精神障害の人々が、すべて精神科を訪れて診療をうけているとは考えられないのです。精神病でも自分ではそうとも知らずに社会と家庭のなかで何とか適応している人が相当数いると思われます。あるいは家のなかで引きこもった日常生活を送っていて全く医療的には放置されている人も少なからずいるはずです。

アメリカで以前おこなわれた調査では、全人口の約一〇パーセントの人は精神科治療が必要だという結果が得られたそうです。アメリカとはかなり異なって、日本では社会の偏見と自分の不要な思いこみがあるために、精神科に受診することは、ずいぶん勇気のいることだと考えられますが、少しばかりの相談や治療によって日常生活を明るく送られるようになるのですから、何とか気構えなくとも精神科へ行かれるようになってほしいものです。それには、精神医療が世の中で正しく理解されるよう私たち医療者の努力がいっそう必要です。

さて、精神障害の診療は精神科医の独壇場でしょうか。実際には、人々は自分の心身の不調が精神障害からきているとは知らずに、精神科以外の科に行って診療をうけていて、一方、そのような人々を迎える、精神科医でない医師自身も精神障害の人とは気がつかないで診療している例は相当の数にのぼると推定されます。

しかしこれは、極端かもしれませんが、虫歯の治療を皮膚科医が行うに匹敵するようなピントはずれの医療ではないのです。たとえば、精神症状だけが前景に出た患者さんの病気の本態

が、実は脳腫瘍によるものであることを見つける精神科医がいるように、不定愁訴で来院した患者さんに種々の検査をおこなったうえで、その人の不調の原因が仮面鬱病（軽症鬱病）であることを見抜いて抗鬱薬を用いて愁訴（しゅうそ）を取り除く内科医等の臨床活動は、的確な診療行為なのです。

このような診療科の専門という排他的なカベを越えて、総合的診療が可能になるためには、精神科医も他科の診療技術を、ある程度こころえていなければならないと同様に、一般診療科の医師にも基本的な精神科診療の実際を体得していることが要請されるでしょう。事実、そのような総合的な診療技術をマスターしてくる若い医師が増えてきています。このような、一般医師でも精神障害者の診療に進出してきている状況のなかで、重い治療困難な精神障害は、やはり精神科医の診療を待たねばならないのが現実です。

大病院の内科や小児科に受診する精神的問題をもった人々

以前に聴いた話ですが、大学病院の内科に受診する人々の約六〇パーセントは、本来、内科に診療を求めるよりも、むしろ精神科に行く方が適切だそうです。市中病院や開業医が多いのに、どういう人々がわざわざ混雑している大学病院に行くのかという分析内容は聴いたことがありません。ちなみに、精神障害は当人には正確に認識されにくいものですが、人が病院に行

くのは何かしら自分の健康に不安を感じるからに違いありません。

客観的には精神科に行った方が適切であっても不安には客観性などは必要ありませんから、精神的問題をかかえた人が精神科以外の、たとえば内科などに行くことは、十分あり得ることです。この現象は、先に挙げた、人口の一〇パーセントほどの人々は精神科で治療をうける必要があるというアメリカでの調査結果と照らし合わせるとよく理解されるところです。

一方、かつて小児科の患者さんの病気は、感染症と栄養障害が主でした。ところが予防接種と抗生物質の進歩普及と一般の国民生活のレベルの向上によって、小児科の診療では感染症と栄養障害は、数からみれば比重が小さくなっています。これらに代わって小児科に登場してきたのは、登校拒否、家庭内暴力、拒食症、肥満などです。これらは主に心身症の症状をもって発症しますので、最初、親は子供が身体病になったのかと心配して小児科に受診します。実は、結果的にこころの問題だと知らされても、まさか最初から精神科に受診する必要を感じる親がほとんどいないことは無理もありません。

そこで特に大病院の小児科の医師には従来の小児内科的診療に加えて、小児精神医学を研鑽する人が、しだいに多くなってきています。最近は、生まれる子供の数の激減だけでなく病気になる子供が減少している現象と相まって、病院の小児科はカンコ鳥が鳴いていると言われた時期もありましたが、小児精神科専門施設の数の少ないことと、それも大都市圏に集中してい

る現状からも、このように時代の要請する小児精神科診療が精神科よりも小児科で行われる方が現実的だと思います。

理想論はともかく、日本では精神科は一般市民にとって行きにくい所である現状から、子供の精神的問題に対する医療的対応には、小児科医の活躍が期待されるところです。事実、子供のこころの問題に大きな関心をもった小児科医が全国的に少しずつ増えてきていることは先ほど述べたとおりです。

精神科医の専門性

以上に見てきたとおり、精神医学は周辺に関連する領域が多いことが特徴です。医療の実践では、精神障害は決して精神科医の独壇場ではなく、大人では内科はじめ多くの科も診療していますし、心理臨床士も精神科医とは立場こそ異なれ、同様に精神的問題を抱えた人々の心理的援助をしています。さらに子供の精神障害では最近の動向として小児科医が診療をはじめているることは繰り返し述べました。子供の発達保障では、保育や学校教育は積極的な役割を果たしています。

それでは、精神科医の独自の役割はあるのでしょうか。精神医学は医学の一分野として、科学性に立脚した精神障害の人々の発達促進と適応回復を目指して診療を行っているのです。さ

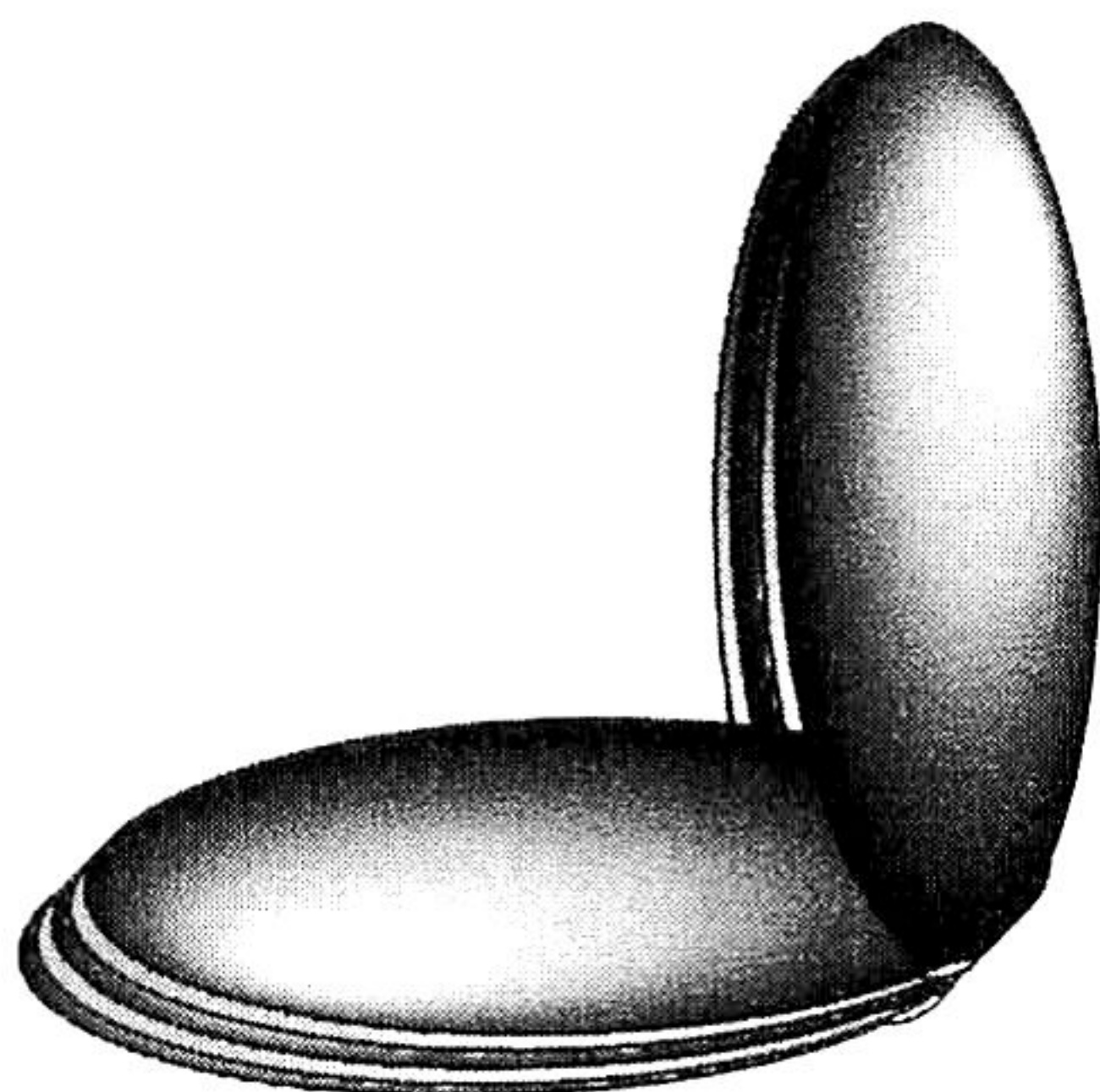
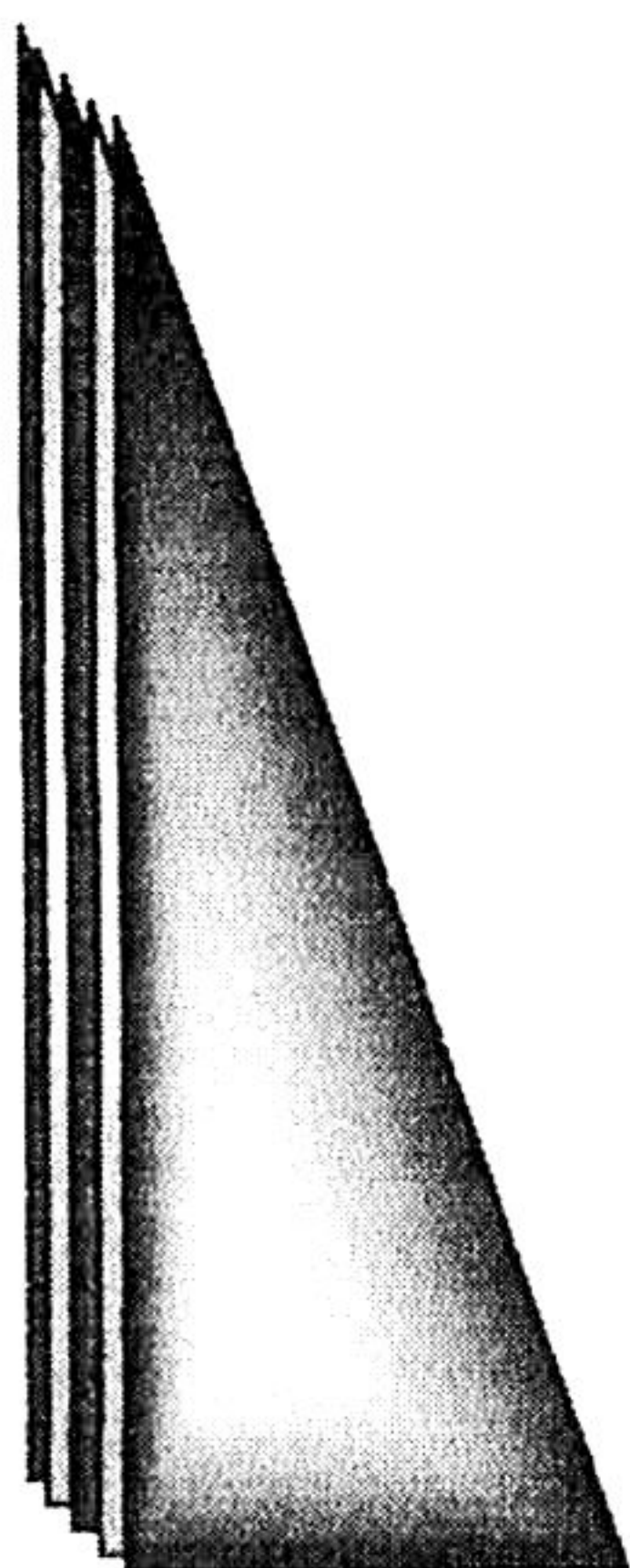
きに述べたとおり、精神障害は精神科以外の科であっても発達保障と適応改善という共通目標が達成されればよいのであって、精神障害は精神科の独壇場である必要は毛頭ありません。

しかし、他の診療科での診療あるいは教育処遇で対応しきれない重い精神障害は、精神科医の出動が要請されるのが実状のようです。また、精神障害の初期で、症状がそれほど重症でない段階であっても、精神医学的配慮が患者さんの改善・向上にプラスになる場合には、精神科医のタッチが望ましいでしょう。かつては、「わけの分からない症例は精神科へ」という厄介払い的な科として他の診療科から利用された時代もありましたが、こころへの洞察と手だてが、全人的医療としていかなる疾病の診療にも必要であると認識が深まった現在、積極的に精神科が他の診療科の臨床に参加し、一般の診療科も精神科医の見解と技術を利用してもらいたいと考えます。

たとえば、外科とか眼科などの診療は、他科のアクセスを許さない高い専門性があると自他ともに認めてきました。それに引き替え、たとえば小児精神科は心理学とか教育とどこが違うのかと批判され、「われわれの活動と違うのは、アンタたちには処方箋と診断書を書く特権があることだけではないか」とひとりの心理臨床士に面罵された経験が、まだ若かったころの私にはありました。精神科医に専門性がないか、あったとしても極めて低いとしか評価されないことを知って、現実の診療技術のひそかな自負はともかく、私ども精神科医の広報活動の不十

分さを痛感し、反省させられました。
いずれにせよ、親にしても他の職種の職員にしても、精神医療には立場に応じた役割を分担してもらうべき人々が周囲に多いのが特徴であると同時に強みでもあると積極的にとらえることが、他ならぬ精神障害をもった人々の幸せにつながることだと思います。

IV

最近の精神医学上の話題

1　てんかんは精神障害か

てんかんはありふれている

てんかんという病気は、ひろく知れわたっていますが、正確なことは理解されていないために実際には誤解されている点が少なくありません。誤解のもっとも多いものは、てんかんは精神病の一種ではないか、てんかんをもった人は危険ではないか、てんかんは遺伝性の病気ではないか、治らない病気らしい、発作が起きるたびに、脳が壊れていって、しだいに知能が低下していく、発作をいつ起こすかもしれないので職業生活や学校生活でも大きな制約があるに違いないなど、このような固定観念がかつては沢山ありましたし、現在でも一部の人々は思いこんでいるようですが、これらはすべて間違った情報なのです。この章では、てんかんの診療を長年おこなっている専門医の一人として市民のみなさんに、てんかんの正確な姿を説明しようと考えます。

てんかんは脳の慢性障害の一つで、世間の人々が考えているよりもずっと多いものです。いくつかの国の疫学調査によれば、人口一〇〇人につき二人はてんかんをもっていると推定されていますので、日本全国では、約二六〇万人の方々がてんかんの病気をもっていると考えられ

ます。これほど多い脳の慢性疾患は他にないと考えられるのです。また、きちんと治療を受けていさえすれば、一般の人々となんら異ならない、ふつうの日常生活が送られることが大部分なのですから、てんかんをもった人はもちろん、家族もクラスメートも教師や職場の同僚も、てんかんを正しく知っていただきたいと思います。

てんかんの診断は、家族など周囲の人からの発作の模様の聴取と脳波検査で行います。発作をまったく起こしたことのない人には、脳波検査などが行われることは普通ありませんが、もし、すべての人々に脳波検査を行えば、実際にてんかんと診断されて治療を受けている人の率、すなわち、全人口の約二パーセントの二、三倍の率、言葉をかえれば全人口の数パーセントの人々が脳波上てんかん性の発作波を示すのです。このような、てんかん発作は起こしたことはないけれど、脳波上はてんかん性の発作波を示す人々は、てんかんか否かといえば、体調不良など環境条件さえ揃えば、てんかん発作を起こしてくる可能性をもっていると考えられますので、てんかんの素因をもった人とみなされます。こうして見てみますと、てんかんは決して稀な病気ではないことがわかります。

てんかん発作と知能

てんかんは、発作があることが特徴です。医学で発作というのは、一般に突如おきて一定の

短時間の経過をたどった後は、ふたたび元のふだんの状態にもどって何ら後遺症を残さないことを原則とします。発作をきたす病気あるいは障害には、てんかんの他、熱性けいれん、ぜんそく、狭心症、陣痛、結石痛、起立性調節障害（脳貧血）、低血糖、ヒステリーなど沢山あります。しかし、同じく発作といっても発作の詳しい模様は、病気によって違ってきます。

てんかん発作には幾つかのタイプがありますが、いちばん多いのは何ら前触れなく突然に意識消失を起こし、ついで全身の筋肉がつっぱる（強直発作）ために四肢はピンと伸ばしきり、このとき呼吸筋も強直するために呼吸運動は停止し、結果として血液が酸素不足に陥って唇は紫色になります。強直状態がしばらく続いてから、やがて四肢はじめ全身の筋肉の屈曲と伸展が交互に起こって上下肢をバタンバタンさせる（間代発作）ようになり、呼吸運動も復活するので唇の色も赤みを取り戻します。このように突然の意識消失から四肢のバタンバタンが、しだいに収まってしまうまでには、周囲の人は驚いて見守るので時間が非常に長く感じるものですが、実際にはせいぜい一分間前後なのです。この発作の模様は、てんかんの最も典型的な発作で、大発作と呼ばれます。

このような発作は、毎週とか月に一回、あるいは半年に一回などの頻度でおきますが、もちろん主な治療法の抗てんかん薬の処方が適切にできて、それを規則ただしくのんでいけば、発作の回数は減ってきます。

私が医学部の学生だったとき精神医学だかの講義で「てんかん発作を起こすたびに大脳が壊れていって、知能はそれにともなって低下していく。したがって、てんかん発作は極力ふせぐ必要がある」と聴いたものです。医学部の同級生で後にある大学の精神科の教授になった友人もある本のなかで同様の意見を書いていました。一方、私は知能障害を専門とする総合病院に勤務して、長年、てんかんと知能の成りゆきを観察してきましたが、実際には、てんかん発作をときどき起こす程度では、一般に知能低下などはきたさないことを知りました。てんかんを専門としている他の小児神経学者も、同じ意見を書いている本を読んだことがあります。したがって、てんかん発作と知能低下とは、無関係と断言しても、一般には間違いないのです。

もちろん、極めて稀な例外ではありますが、ある種のてんかんでは、発作を起こすにつれて知能低下を起こしてくる病気もあることはあります。

それは、「点頭てんかん」と「レンノックス症候群」と呼ばれるてんかんだけです。それと もう一つ、ふつうのてんかんであっても、抗てんかん薬をのませないでいると、発作が頻発するようになって遂には発作が停まらない状態に至ると植物人間になってしまう場合があります。このように発作が停まらない状態を「てんかん発作重積症」といい、てんかんの治療では厳重に注意すべき事柄です。

てんかんが精神科で診療されている理由

てんかんが「精神病の一種ではないか」とか「てんかんの人は怖そうだ」などと誤解されることが、ときに起こる理由の一つに、この病気が精神科で診療されてきたことが関係しているようです。しかし、精神科で診療されてきた事情は、てんかんが精神障害であるとか、精神症状も呈するからではありません。むかしは、現在普及している神経内科や小児神経科とか脳神経外科はありませんでしたので、脳に関係していそうな病気は精神障害でなくても精神科が診療してきたという歴史的経緯があったからだと思われます。

事実、たとえば私の勤務する障害児専門病院でも、現在では子供のてんかんは、大部分が小児神経科が担当していますし、大人のてんかんの人たちが精神科で診療している場合も、精神症状があるからではないのです。

私が駆け出しの精神科医だった三十数年前には、精神医学の教科書には「てんかん」の章がありまして、てんかんも精神障害の一つであるとみなされていました。しかし当時でも、てんかんが精神障害の一種とは不可解な気持ちがしておりました。実状は、てんかんが精神障害の一つという認識があったからではなく、精神科で診療しているという便宜的な区分のように感じます。

ところで、数十年前に書かれたらしい古典的精神医学の教科書には、「てんかん気質（粘着

気質)」とか「てんかん性精神病」などと如何にもてんかんが精神症状を示すとか精神病に発展するかのような記載もみられましたが、これらはいずれも一〇〇年以上も前のドイツの精神医学者の影響と思われますが、今の精神科医にはほとんど評価されておりません。

てんかんの病巣は脳にあっても、てんかん自体や発作の連続が精神症状を起こしてくるとは実際上、考えられません。もし、てんかんの人に精神症状を起こしている例があっても、それは合併症と見なす方が自然で、てんかんの結果と考える根拠はありません。

てんかん自体は精神障害ではない

歴史上、偉大な業績を残した人々のなかには、てんかんだったろうと推定されている人が何人かいます。てんかん学が未熟で脳波検査がない時代だった事情から、こんにちの診断に相当する信頼性が乏しいことは避け得ませんが、その特異な芸術作品や伝記などから、おそらくてんかんだったろうと考えられている例にフランスの写実主義作家フローベル、ロシアの文豪ドストエフスキー、フランスの後期印象派の画家ゴッホなどがあります。さらにいっそう不確実ではありますが、多分てんかんだったらしいという人物には、キリスト教創成期の偉大な布教者で新約聖書の書簡集の筆者のパウロ、フランスの英雄ナポレオンなどがいます。このように、診察にはよらないで、作品と伝記などを手がかりに歴史上の著名人の病理を考察・推定す

る学問を病跡学と呼びます。

いずれにせよ、てんかんはあってもたぐい稀な業績を残して歴史に不朽の名声を博した人々がいることは事実なのです。てんかんが精神障害なら、彼らのような偉大な業績を挙げた人々はどうして輩出できたのでしょうか。

以上のように、てんかんに固有な精神症状や特異な性格は認められないこと、発作の回数の累積につれて知能低下などは起きないこと、てんかんが今も精神科で診療されることは従来の慣行の踏襲にすぎないこと、てんかんがあっても偉大な業績を挙げた人々がみられること等の理由から、てんかんは精神障害ではないことが理解されます。てんかんをもった大部分の人々は、精神障害をもっておりませんし、てんかんの人に精神障害がある例があるとしたら、先ほど強調したように、それは単なる合併症なのです。

2　がんより恐い老年痴呆

痴呆と原因

同じ知能の障害ではありますが、精神遅滞（知的障害、ちえ遅れとも呼ぶ）が生来性のものであるのにたいして、痴呆（ボケ）は後天性の知能障害で、こんにち、特に数と深刻さの点で

大きな社会問題と家族問題になっているのは、老年痴呆（老人ぼけとも呼ぶ）です。すなわち、それまでは家庭生活と職業生活で何ら支障なく日常を送ってきた人が、中高年に至ってある種の病気にかかったために、それを境に知能障害を起こすようになって、日常生活に顕著な支障をきたすのです。

厚生省の調査によれば日本には一九九六年現在、約一〇〇万人の痴呆老人がいるそうです。そのうち特に精神科治療を必要としているのは一〇パーセントだとされています。五年後の二〇〇一年には、ほぼ一五〇万人になるだろうとも言われているのです。社会の急激な高齢化現象につれて、老年痴呆の問題は、個々の家庭にとっても社会にとっても今後ますます深刻さを増していきます。痴呆老人を治療するのは精神科医であると期待されています。

痴呆は、脳の器質的病変が原因です。医学で、器質的とは臨床検査あるいは解剖によって臓器または部分的に組織に明白な形態上の病変が見つかることをいいます。これにたいして、特徴ある病気は確かにあるけれど、はっきりした形態的な病変が検査でも解剖でも見つからないものを機能的と呼びます。

すなわち、痴呆は、脳の器質的病変の結果、精神機能の著しい低下をきたした状態を指します。

高齢に近くなれば、誰でも物忘れしやすくなり自分でも「老人ぼけがはじまったのかなあ」

などといいますが、遠い昔のことはよく覚えているのに、ついさっきのことは思い出せないのが、ふつうの老人の特徴なのです。その程度のものは医学でいう痴呆ではありません。老年痴呆とは、日常生活で重大な支障をきたすほど強度の知能低下を指すのです。

老年痴呆の例

L氏は現在、八九歳で元村長です。「若いころ、東京へはじめて行ったとき、着ていた和服は一張羅の紬(つむぎ)で模様は○○だった。いっしょに行った、村の◇◇さんはしゃれた焦げ茶色のハンチング帽を汽車の中に置き忘れて悔しがっていた。浅草の□□屋で食べた大きなエビを使った天丼は五〇銭で、高いなあと思ったが、とても旨かった。観音さんの前の店屋で土産にオコシをたくさん買って、近所にくばったら隣のおよね婆さんが喜んで、お返しによもぎ餅をくれた」などと六〇年以上も前の出来事を克明に覚えていて、繰り返し繰り返し家族に話して聞かせるのに、今朝なにを食べたかはまったく思い出せないどころか、朝食をとったことさえ忘れているほどなのです。

さらに外出すると家の方向もわからなくなり、交番に保護されていて家人が迎えにいくことがしばしば起こります。涙もろくなって涙を流したり、急に激怒したりもします。ここまでくれば、老年痴呆といってよいでしょう。

高齢人口の急増にともなう現象

日本は、生まれる子供の数の激減の一方、世界最高の長寿国家になって、都市にも田舎にも老人があふれているようになっています。このようにみんなして高齢になると、以前にはそれほど問題にならなかった現象が、家庭にも社会にも見られるようになったのです。その一つが老年痴呆です。

むかしは、一般にあまり長生きしなかったので、老化にともなう精神機能の急激な質的低下になるほど人々は長い期間は生きていなかったといえるでしょう。日本の老人たちは、欧米のカトリック教国の場合とくらべて自分が年をとって死ぬことをあまり恐れてはいないと言われています。

高齢になれば死に至る病にかかりやすくなることは老人たちは皆知っているのですが、がんになるよりも老年痴呆になる方が恐ろしいといいます。事実、ある調査によれば、六五歳以上の人々の五～六パーセントは痴呆老人だといいますし、八五歳以上の場合には二五パーセントの人々が痴呆になっているのです。このように少なくない人が痴呆になると聞けば、「ぼける前の正気のうちにあの世へ（おじいさんのところへ）行きたい」と、地方によっては、ポックリ寺が老人たちの信仰を集めているのも理由のあることなのでしょう。

老年痴呆の種類

このように老人たちが恐れる老年痴呆には、つぎのように二種類あります（IV―1）。

①脳血管性痴呆

これは五五歳から六五歳にかけて発病しやすく、その原因は脳動脈硬化症、あるいは脳の血管が詰まっておきる脳梗塞（のうこうそく）のために、その結果の一つとして、脳の神経細胞が栄養不足になって十分に働かなくなるのです。これら脳卒中の頻度は、こんにちでは以前の脳出血よりも、この脳梗塞の方が多いようです。性別からは、脳血管性痴呆は男性の方に多く見られます。経過では、症状が進行するものも進行しにくいものもあります。

症状は、まず、頭痛、めまい、物忘れ、不眠が起きてから、引き続いて精神作業の能率が低下してきて、注意集中が困難になり、ついには痴呆に陥ります。この痴呆の特徴は、幾多の精神機能が一様に低下するのではなく、ど忘れはひどいけれど、判断力や人格は保たれているという、まだら痴呆を呈することです。自分は痴呆が進んでいるという病識が比較的にあります。しかし、それほどの理由もないのに急に激昂したり、反対に泣き出したりの気分の浮き沈みのはげしい感情失禁がみられます。若いころからの性格特徴がより露骨になってくることも多いのです。

	脳血管性	アルツハイマー型
原　因	脳の血管障害（脳梗塞が主）による領域の神経細胞の損傷。	不明。諸説あるが，定説に至ってはいない。
男女差	いくらか男性に多い。	女性に多く，男性の2，3倍。
経　過	まちまち，進行しない例もある。	多くの例で進行性。
痴呆の程度	個人差が大きい。	やがて強度の痴呆状態に至る。
病　識	個人差が大きい。	欠如，あるいは乏しい。末期には欠如する。
人格水準	個人差が大きい。	やがて人格崩壊する例が多い。
運動機能	半身不随など麻痺例が多い。	障害される例は少ない。
MRIなどの脳の映像	脳梗塞や脳出血などの血管障害の所見が見られる例あり。	脳の萎縮あるいは脳室拡大に至る。

Ⅳ－1　老年痴呆。日本が高齢化社会になったことに伴って、老年痴呆者が多くなり、大きな社会的課題となってきた。女性のほうが高齢者人口が多いので、老年痴呆者の実数も女性のほうが多い結果になる。この老年痴呆には原因と様態から２つの種類がある。

神経症状は、半身不随とか老人風の能面で前屈み歩きに表れます。X線脳動静脈撮影で脳血管障害が認められることがあります。治療は、脳血管に対する薬物治療やリハビリテーションで改善する例もときにはあるのです。

脳血管性痴呆の例

M氏は、七五歳で元トビ職の老人です。昔から声が大きく、正義感のつよい人だったそうです。以前の彼を知っている人の話では、律儀な腕のたつ職人だったといいます。現在、血圧が高いほかは、あまり病気をしたことはありません。トビの現役を引退して以来、生活保護を受けて町のはずれに老妻といっしょに住んでいます。それだけならば、どこにでも見られる老人にすぎないのですが、M氏は、風変わりな行動が目立つようになって、町中の名物男になったのです。それは、町役場や町立病院に日参して、建物の中を常に歩き回って、職員の行動を監視し、勤務時間中に何という職員が喫茶室で一時間、仕事に無関係のことをだべっていたとか、あるいは病院の宿直室で週日の日中に職員たちが麻雀をやっている現場に乗り込んで証拠としてパイを押収して、「監督不十分だ」と町長や病院長に抗議し、町長に居留守を使われると役場の前で演説を延々とつづけるので、職員たちはほとほと困ったのです。しかし、M氏の奇行のおかげで町職員の綱紀が改まったことは確かです。もっとも、この逸話は、いまから三

○年以上も前のことで、今時これほどルーズな地方公務員は日本中にいないと思われます。以上のように激昂する反面、妙に涙もろくなって感情の抑制がきかなくなってしまうのを感情失禁と呼ぶことは先に述べましたが、脳血管障害の老人の精神症状の一つなのです。M氏は、脳動脈硬化症とか動脈硬化性精神病と診断されることもありますが、知能活動は一見、もっともらしく見える部分があっても、全体としては精神機能の低下は否定しようもないことから、広い意味で脳血管性痴呆と言うべきでしょう。

M氏には、眼底検査で血管の高度の硬化像がみられました。また、卒中発作としてははっきりしませんでしたが、左上下肢が、しだいに不自由になってきました。彼は、高血圧の治療をしてくれていた県立病院の内科部長と、精神科治療をしていた私には神妙な態度で接していました。彼の言動は、部分的には正しいのですが、その表し方は非常識と言わざるを得ません。しかし、関係者にはある種の人気があって憎めない好人物だったのです。

②アルツハイマー病

この痴呆は、アメリカのレーガン元大統領が告白したので有名になりましたが、私たちの身の回りにも珍しくはありません。いまのところ原因は不明です。「神経細胞が消えていく」と表現される病気なのです。性別でみると、女性の方が、男性の二、三倍も多くみられます。前

項の脳血管性の痴呆とは違って、痴呆症状はどんどん進行して行きます。最初ど忘れではじまり、今日は何月何日かが分からなくなり、家族の見分けもできなくなってしまいます。しかし、人に対する応対は良好で、気品もよく保たれているので、その上品さから、痴呆があるとはつい思われないものです。神経細胞の消失という病変が脳全体に及んでいって最終的には強度の痴呆になります。

自分が痴呆化していっているという病識はほとんどないことが多く、末期にはまったくなくなります。途中までは上品そうに見えた人もついには、その面影はなくなって人格が荒廃するのです。

脳血管性痴呆とは違ってアルツハイマー型痴呆では、運動機能は比較的に保たれています。CTの所見は、大脳皮質の萎縮や脳室の拡大が認められます。治療法は現在のところほとんどなく、対症療法だけなのです。

アルツハイマー病の例

N江さんは、八七歳のお婆さんです。夫には末っ子が生まれて直に先立たれています。子供は七人産みましたが、若くして亡くなった後述の二人を別とすれば、それぞれ立派に成人して、地方では名士になっている人も何人かいるのです。N江さんは、長男を兵役帰還後に虫垂

炎の手遅れの腹膜炎がもとで死亡させているほか、三女は第二次世界大戦の敗戦の直前に女子挺身隊員として勤務していた愛知県の海軍工廠でB二九の編隊の猛攻撃にあって爆死したなど、家庭的にはずいぶん苦労した、無名の昭和女性の典型といってよいような人なのです。控えめながら非常に気丈夫な農村主婦です。次男は、兄が若くして亡くなったので跡取りになりましたが、県庁の幹部で定年退職した元公務員で、その次男の家族とN江さんは最初から同居してきました。この次男の妻は、隣の村から嫁にきましたが、古い日本の農村に見られがちな女性で、夫にも姑のN江さんにもよく尽くしているのでした。

もともとN江さんは、記憶力がよく、言うことは物静かで、しかも理路整然といってよいほどでした。他人の悪口など言うことは聞いたことがありません。

そのN江さんの様子が変わってきたのは数年前からです。彼女は、今でも以前同様に誰にたいしても礼儀ただしく物静かな言葉づかいで話すものですから、最初はN江さんの変調は気づかれませんでした。しかし、そのうちに彼女は相手の話の内容を十分には理解せずに会話しているこ とが他の人にも分かってきたのです。だいいち、跡取りが結婚して以来のこの四〇年ちかくの間に一度もお嫁さんの批判などしたことはないし、お嫁さんもよく孝養を尽くすことは村中の誰もが知っているのでしたから、N江さんが「嫁が何も食べさせてくれない」と近所の幼なじみに毎日こぼすようになってから、これはただ事でないと集落の人々は心配しだしまし

た。彼女は、朝食を食べたこともすっかり忘れているのです。

あるいは、六十数年もいっしょに暮らしてきた次男に「あなたは、どちら様ですか」と尋ねて他人行儀にあいさつする始末になって、家族をあわてさせる場面もあります。また、「すっかりお邪魔してしまって。私は家に帰らなければなりません」と自宅から、二〇〇メートルほど離れた実家に帰りかけたりするので、家族は目が離せなくなりました。運動機能は異常ないし、四肢に麻痺もありません。網膜の検査でも血管の硬化像はみられないのです。このN江さんの状態は、典型的なアルツハイマー病です。

痴呆老人は誰が世話するか

若いときは、社会的活躍をするためには、どこに住んでも苦にならないものですが、老境にいたれば、長年住み慣れた家で、家族に囲まれて静かに生活したいというのは、老人共通の願いです。古くからの友人・知人の住む地域であることも大切でしょう。ところが、老年痴呆になることは、単に記憶力や判断力が低下するだけでなく、自分や家族の氏名も忘れ、住所の名も思い出せず、そのうえ感情失禁といって極端に怒りっぽかったり、涙もろくなるだけでなく、大小便もたれ流しになりがちで、寝たきりになる例も多いものです。このような状態になった痴呆老人を誰が世話するかは、その家族にとっても社会にとっても大問題です。

事実、痴呆老人の約八〇パーセントは現在、家庭におり、その世話は家族、とくに妻や嫁がやっているのが実状で、これら女性家族の負担は非常に大きいものです。子供は遠くの大学に進学し、そこで就職・結婚して住居も大都市近郊に構える例が多く、全国的な労働力の大都市集中の結果として、老いた親はひとり田舎に暮らしていることが決して少なくはありません。そこへもってきて、親が痴呆化したとなるとどんな事態になるか容易に想像できます。核家族で長年生活してきた子供夫婦にとって老親、それも痴呆ときては、都市の家庭に引き取るにしても扶養しようという意識はうまれるでしょうか。そのうえ、部屋数の少ない、狭い子供の家などに、痴呆老人が生活する余地はスペースのうえでも気持ちの点でも、まずないと思わなければなりません。

それだけでなく、高学歴で高度の職業に就いて社会的に活躍をしている嫁が配偶者の老親の世話などするために、退職するとは考えにくいのではないでしょうか。百歩ゆずって痴呆老人を子供の家庭に引き取った例でも、最近は実の子あるいはその配偶者による老人虐待が社会問題になってきています。

また、子供自身が定年退職して家にいるようになって、九〇歳を超えたような両親の世話をしている家族もちらほら見られるようになって、老人が老人の面倒をみるという、長寿を喜んでばかりはおれない事態です。子供夫婦自身、成人病をかかえて血圧が高い、足腰が痛くて歩

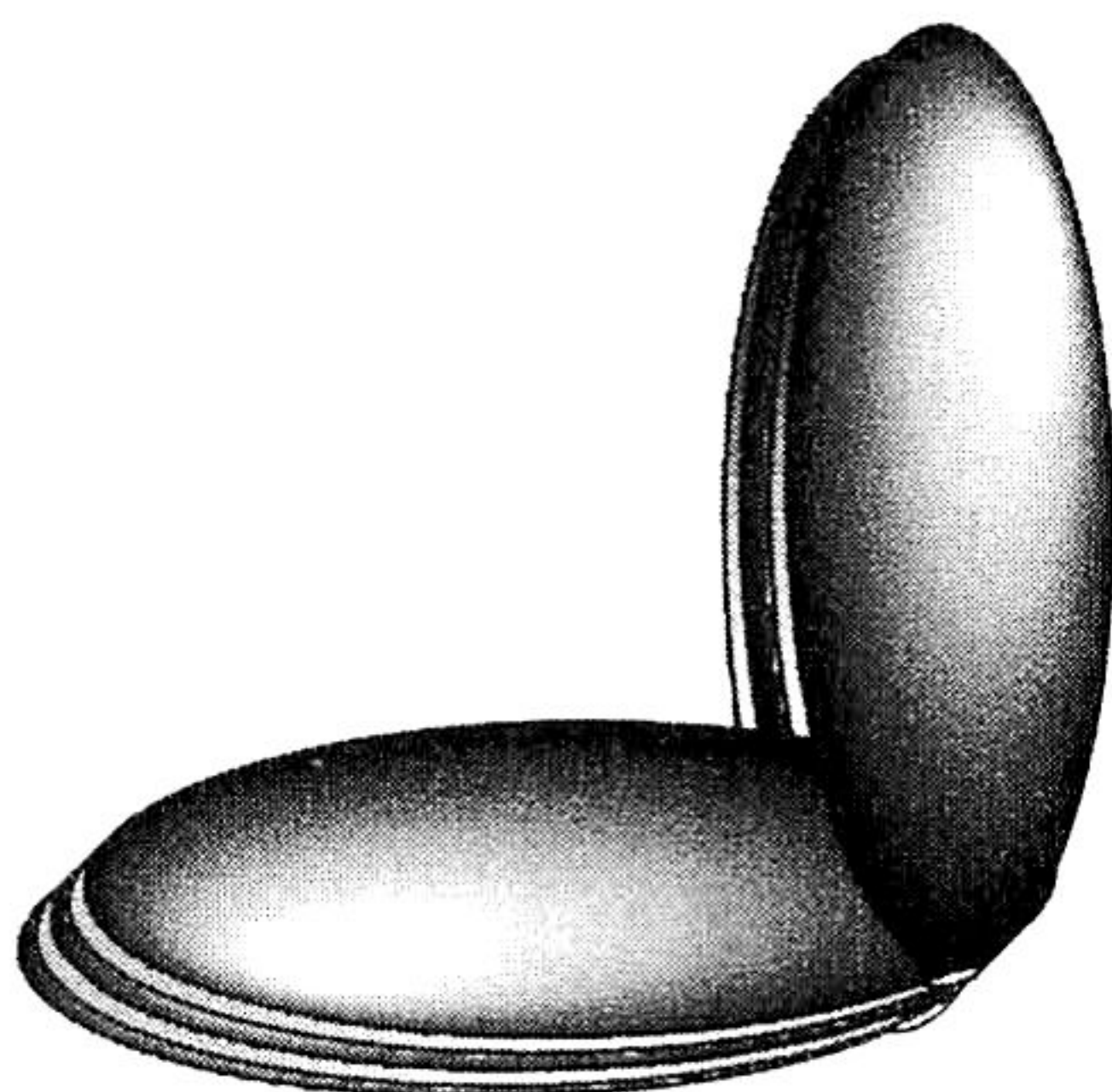
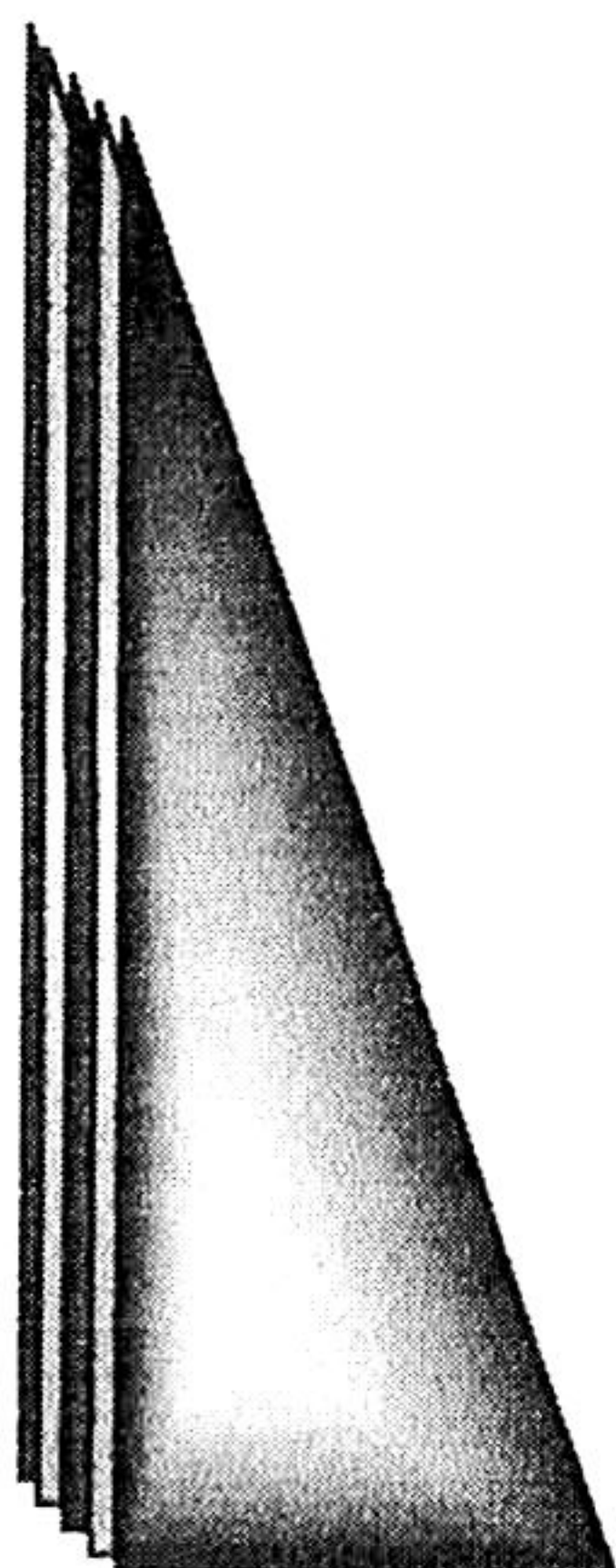
行も不自由だという健康状態では、超高齢夫婦と二世の高齢夫婦が共倒れしかねません。

いまや高齢化の問題は、ひとつの家族内では処理しかねる深刻な社会問題になってしまっています。

これらの問題を支える社会システムとしてホームヘルパー派遣、精神科訪問看護とか痴呆老人のためのデイケアやナイトケア、家族の不測の事態に備えてだけでなく、家族の休息のためのショートステイ制度がありますが、今後さらにいちだんと充実することが望まれます。

ちなみに、高齢化にともなって家庭にとって深刻な事態となるものに、痴呆老人の問題とならんで、寝たきり老人の問題があります。寝たきりで特にたいへんな負担は排泄の後始末と入浴の世話です。寝たきりの事態になるのを回避するための予防策は、筋肉という組織は、少しの間でも使わないでいるともっとも急速に衰えていく性質をもっていますので老人が寝込んでも後々、寝たきりにならないように起きて過ごせる時間を多くするような工夫を極力早期に講ずることです。何よりも寝たきりになる主な原因は、老人の動脈硬化からくる脳梗塞と、骨粗鬆症からくる大腿骨骨折であるのですから、日ごろから動脈硬化と骨粗鬆症の予防のための食生活と運動にこころがけてください。

V

精神障害と法律

1　精神障害があっても処罰が減免されるとは限らない

精神障害者の責任能力

ある犯罪事件があって、真犯人だとわかると、その人は刑法の定めるところによって、国家によって処罰されるのが法治国家の制度です。しかし、これには例外規定があって、事件の犯行の時点で、ことの善悪が判断できない状態にあったことが証明されると、その判断能力の欠如の程度によっては処罰を免除されるか、あるいは減刑される場合があるとも刑法が定めています。

ここで善悪が判断できない状態と認定されるには、犯行時に重大な意識障害があったか、あるいは重篤な精神症状が発生していたことにより、自己の意思とは別に本人の行動を操作するような影響力が働いて、結果として犯罪行為が生じざるを得なかったとの裁判官の心証が必要です。

その法的根拠は、刑法第三九条の「心神喪失者の行為は、これを罰しない」、「心神耗弱（こうじゃく）者の行為は、その刑を減軽する」の条文にあります。ここで心神喪失とは、犯行時点でことの善悪を判断する精神能力が完全になくなっている状態を指し、心神耗弱とは、善悪の判断力が完

全にはなくなってはいないものの、著しく低下していて本人に責任を問うには十分な精神機能が働いていたとは認められない状態であった場合です。ところで、真犯人とされても、犯行の責任を追及するには刑罰をどの程度まで科すことができるかを裁判官が判断する資料として、本人の精神機能が犯行時、どんな状態だったかを知る必要があります。

裁判官は、法律適用の専門家ではありますが、事件をおこした本人の犯行当時の精神機能の状態を判断することはできません。そこで精神機能あるいは精神障害の診断をする能力をもっていると国家（厚生省）から認定されている専門医である精神科医に裁判官が依頼してくるのです。刑法上の必要からこのような診断をする専門医は精神保健指定医と呼ばれる資格者で、その診断行為を精神鑑定といい、診断内容を詳細に記述したものを、精神鑑定の意見書といいます。

精神保健指定医は裁判官からの依頼によって、被告人の精神鑑定を自己の専門的知識と技術の総力を挙げて行いますが、事は被告人の運命にかかわる診断行為ですから精神鑑定には相当の月日がかかります。

精神鑑定の結果と裁判官の採否

しかし、事件を起こした本人を、心神喪失者または心神耗弱者と判断するか、あるいは、そ

れらのいずれにも該当しないと判断するかは、もっぱら裁判官の権限であって精神鑑定を行った精神保健指定医にはありません。精神鑑定の意見書の結果を、裁判官は参考にするにすぎません。それどころか、精神鑑定を行った精神保健指定医が提出した意見書を裁判の進行に採用するか否か自体も裁判官の判断によるのです。

裁判官が提出された意見書を不十分と考えれば、他の精神保健指定医に改めて精神鑑定を依頼することができます。このようにして長年をかけて、内容が正反対の精神鑑定の意見書が何通も裁判所に提出されてくることが時にあるのです。

ところで、事件の犯人が精神病のような重篤な精神障害であれば、刑罰を減免されるかと言いますと、そうであるとは限りません。

事実、裁判官からの依頼によって精神鑑定された刑事事件の被告が、心神喪失、または心神耗弱と裁判で認定される例は、一般に考えられている割合よりかなり少ないのが実状のようです。

問題は、犯行時の精神状態が心神喪失あるいは心神耗弱だったか否かであって、鑑定時点で精神障害があるかどうかを問うているのではありません。

ところで、精神鑑定を依頼された精神保健指定医が事件発生に立ち会ったり、事件の起こった前後に当人の診療をしていたという場合はまずないでしょう。

すなわち、事件が起きて、相当の月日がたってから、犯行当時の精神状態の鑑定を依頼されるのです。ですから、いろいろな角度から専門知識と臨床経験を動員して、犯行当時の鑑定を行います。同じ程度の犯罪を犯しても精神状態によっては、刑罰が減免されることがあることは知れ渡っていますし、一方、犯罪容疑で勾留（こうりゅう）されれば、多かれ少なかれ冷静さは損なわれているのがふつうですから、犯行時の精神状態の正確な鑑定が果たして可能かという疑問は残ります。そこで鑑定の正確さを期するために高度の専門技術が必要になります。

精神鑑定の結果が裁判官に採用されるか否かは、裁判官の判断にかかっているとは言いながら、裁判官の心証にたいして、提出された精神科医の意見書の影響力は大きいですし、犯罪を犯した人の運命の分かれ道にもなり得ますので、精神鑑定はきわめて大きな意味をもった診断行為です。

犯罪は、むしろ非精神障害者に多い

刑事事件が起きますと、誰が犯人かということが探られます。その手がかりとして事件から利益をうける者は誰か、というのが捜査の常道だと聞きます。すなわち、事件のうらには動機があるはずだと考えるのです。動機があるうえに、捜査の手が近づかないように犯罪者はアリバイ工作もしておかなければなりません。このように犯罪とは、なかなか手口を工夫する必要

があるようです。ある種の犯罪が、割が合わないといわれるのも、このような事情をいうのでしょう。

犯人が捕まってみると、なぜあのような人がこんな馬鹿なことをしたのかと周囲をあきれさせる場合が多いようです。

ところが、精神障害をもった人は、利益をねらった犯罪のような巧妙な手口に工夫をこらすことは不得意なものです。利益と危険をハカリにかけるような計算をすることは精神障害の人々の間には、ふつうみられないことなのです。新聞に報道される事件の犯人がしばしば、意外にも世間では立派な人物と評価されている人だったりしますし、電車の中などで痴漢さわぎを起こすのは、ふだんは実直な紳士である例が多いなど、犯罪は世間の人々の想像に反して、むしろ精神障害とは無縁な、一見良識のある人が起こすものと考えて大きな間違いはないようです。

割の決してよくない犯罪など起こすのは、それ自体、精神障害者だからではないかという俗説は正しくないことが多いものです。精神障害というものは、世間の人々の先入観に反して身近なものですが、犯罪行為を犯す人まで含むような境のアヤフヤなものではありません。一般に、精神障害をもった人のほうが、犯罪など起こすものではないと断言してよいと思います。先ほど触れたように、そもそも犯罪を犯す人は、精神異常者ではないかと考えられるかもしれ

ませんが、犯罪容疑者の責任追及は、その程度にまで拡大解釈はしておりません。問題は、精神医学的にみて責任を問うことができない程度にまで事柄の善悪をわきまえる能力が犯行当時に欠落していることが証明されなくてはならないのです。

精神障害の患者さんが危険視される誤解点

社会で奇妙な犯罪がおきると、新聞やテレビに報道されて、その奇異な行為の原因として何が疑われるかと詮索するような説明や解釈がついてくることがあります。ブツブツ何とも意味不明なことをつぶやいていたから、精神障害者かもしれないとか言うのはまだしも、なかには、その人には精神科の通院歴があるとか精神病院から退院した矢先のことだなど、犯罪行為との因果関係が確かめられていない個人のプライバシーも記事にされることは、人権侵害になりかねませんので、新聞社やテレビ会社は専門医に聞くなどして報道内容に正確を期していただきたいものです。

最後の章で述べますが、精神障害の人々の人権保護のために精神科医は慎重な配慮をするように法律が規定していますし、すでに前項で説明したとおり、精神障害の人たちは社会の人々が想像しているより遥かに犯罪行為とは無縁な存在なのです。偏見ともとられかねない精神障害にたいする誤解は、テレビや新聞で報道する際に、精神科医に意見を尋ねるなど、もう少し

のです。
最近は、さすがに少なくなりましたが、以前は無差別にも精神障害をすべてノイローゼと称して報道することが多かったために、ノイローゼの患者さんから「私もこのような犯罪を犯す可能性があるのでしょうか」とよく訊かれたものです。
そのたびに、そのような可能性はないこと、記事が誤って書かれている根拠などを、患者さんに説明したものです。このような不正確な報道は、患者さんのためだけでなく、市民の誤解の原因にもなりますので、新聞やテレビの記者の方々も本書に述べている程度の知識をもってもらえば回避できると思います。
不幸にも精神障害をもってしまった、ほんの一部の人の犯罪のような行為は、奇妙すぎる行動であるため、目立ちますので報道されやすいのでしょう。しかし、その行動の奇妙さこそ実は犯罪性が低いものが多いことを示しています。本当の犯罪は、奇妙さなどという他人に気づかれることを避けて巧妙になされるものであることは、前項で述べたとおりです。奇妙さのために、わけがわからないので、人々に恐怖心をおこさせるのです。
正しく理解できれば、精神障害は何ら他人事ではないことが分かりますし、精神障害の人々は警戒すべき危険な存在などではないことが分かります。

強制治療

最後の章の「精神保健福祉法」の項で述べるとおり、精神障害者のなかには、激しい精神症状である自傷あるいは他害を行っているために、自己の身体あるいは生命を損なうか、他人を負傷させまたは殺害する危惧があって、しかも自分の精神状態を病的なものという自覚がまったくない（病識欠如）ために、治療を拒む例が稀には起こります。そのような場合には、当人に治療をうける意思がなくても、強制的に治療をする必要があります。

しかし、一九二ページ以降で詳しく述べますが、精神症状が如何に激しくても当人が拒否している以上、強制治療をすることは人権問題になる可能性もあり得ますので、「精神保健福祉法」では、厳重な手続きの規定を設けているのです。この法に基づく強制治療は「措置入院」と呼ばれています。

すなわち、措置入院の手続きとは、保健所への通報によって保健所長が措置入院の必要があるか否かを二人の精神保健指定医に精神鑑定を依頼し、その結果、両方の鑑定結果が「自傷・他害の程度が措置入院に相当する」という点で一致した場合には、都道府県知事の命令で、その患者さんは措置入院という強制入院をさせられることになります。治療が進行して、自傷・他害のおそれがなくなったと精神保健指定医によって判断された場合には、知事は「措置解

除」の命令を出し、当の患者さんは退院します。
このようにして、必要な患者さんは精神障害由来の不利益から、医療上保護される制度があるのです。
精神病にかかることの悲劇は、誰の目にも異常だと気がつくほどの言動の問題が起きているのに、当の本人には自分の行動の異常さに気づく能力が失われてしまうことです。そのような場合、本人は精神科で診療をうける必要を認めませんし、だからといって放置しておけば、家族や職場の人々だけでなく、本人にも困った状況が積もりつもっていって、ついには生活全体が破局におちいってしまうでしょう。
そこで本人を医療上の保護をするために、強制入院によって治療を行って、その人本来の姿に戻ってもらう制度なのです。
しかし、病気の治療のためとはいえ、このような強制隔離をすることは人権問題にかかわる事柄でもありますから、厳重な法規制を精神保健指定医に課していることは、最後の章で述べる精神保健福祉法の趣旨の一つなのです。

2　精神障害者の民事上の保護

禁治産と準禁治産とは

この章の冒頭で、心神喪失者あるいは心神耗弱者は、一般の人々の場合とは異なって刑事事件を犯しても責任能力がないか、または責任能力が十分でないと裁判官が判断すれば処罰が減免されることがあると述べました。そのように裁判官が判断するために、裁判官が依頼した精神保健指定医が実施した精神鑑定による意見書の内容が、裁判官の心証にかなう必要があるのです。

しかし、刑事事件でなくても、このような精神障害をもった人が、民事上、自分の立場を守るに足る十分な判断力がない場合には、その人の利益を守るために法律は保護しています。それが、禁治産と準禁治産の制度です。

禁治産とは、「心神喪失の常況にある者を保護するため、法律上自ら財産を管理し得る能力のないものとして、後見を付する制度。本人・配偶者・四親等以内の親族、後見人・保佐人または検察官の請求によって、家庭裁判所がこれを宣告する」(広辞苑第三版)。

禁治産者というのは、「禁治産の宣告を受けた者、その法律行為は常に取り消し得る」(同)となっています。一方、準禁治産者とは、「心神耗弱者・浪費者で、判断能力が不十分のため、家庭裁判所から禁治産者に準ずる旨を宣告された者。保佐人が付けられる」(同)と規定されています。

禁治産や準禁治産の手続き

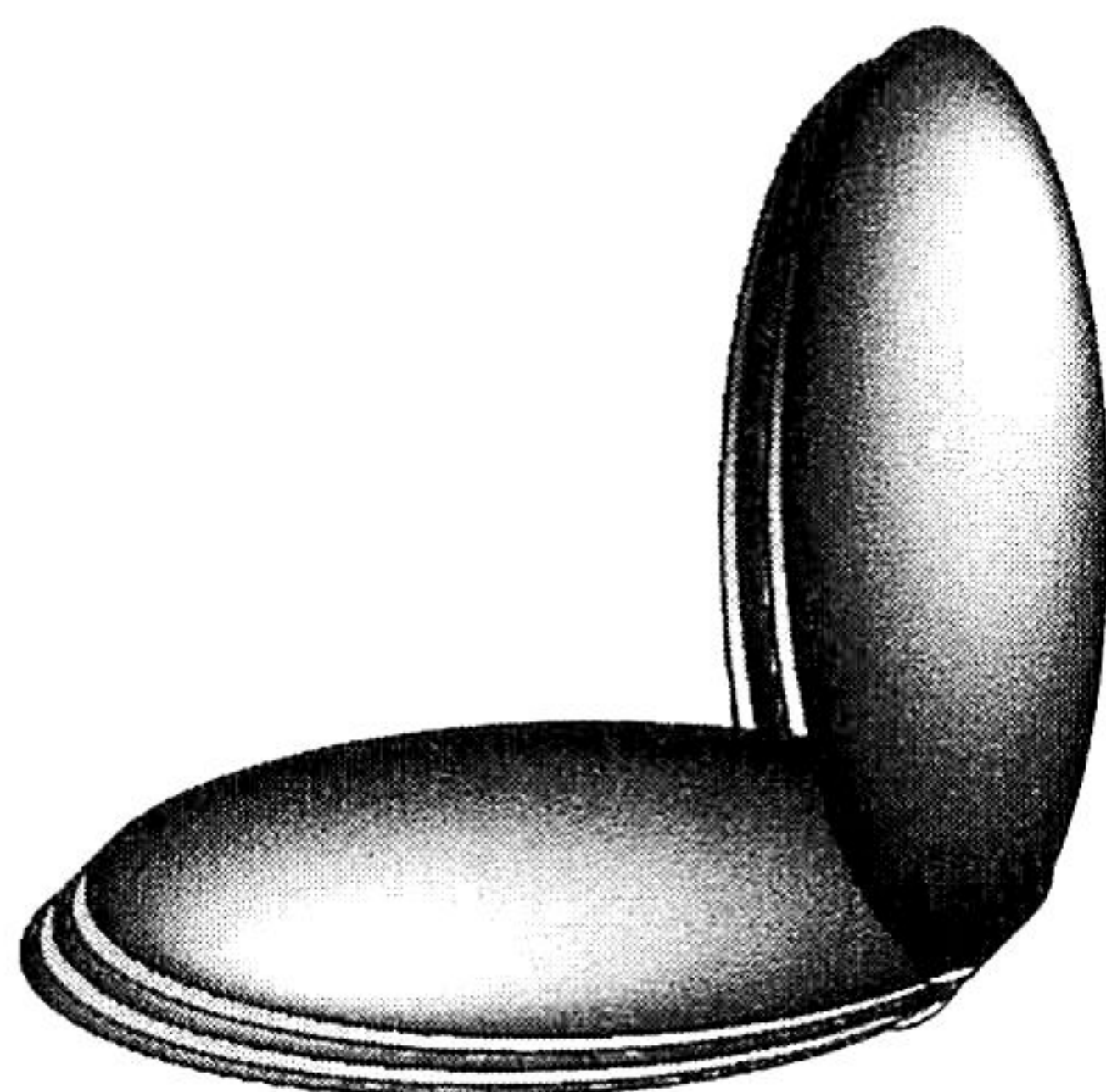
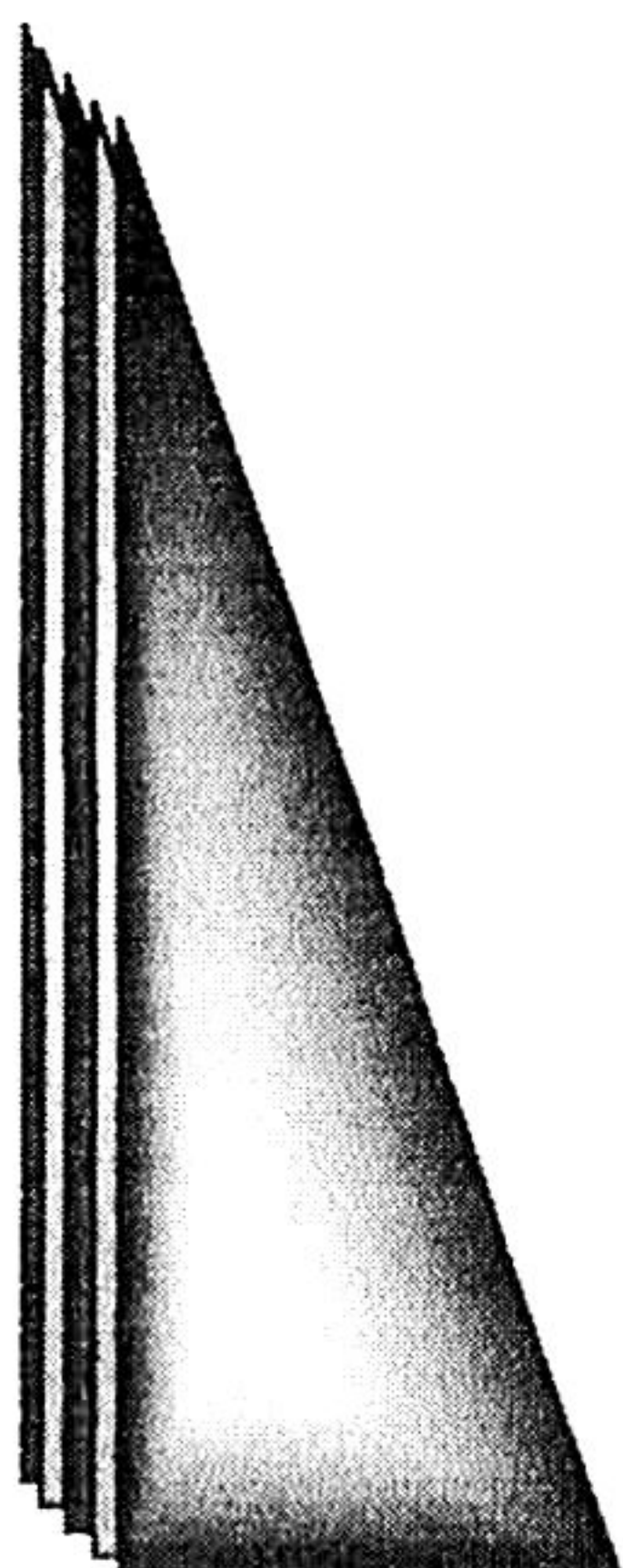
禁治産や準禁治産の審判は、当人の住所を管轄している家庭裁判所で行います。この制度の目的は、当人の所有する財産を管理することと、当人を監護するためであることは先に述べたとおりですが、当人に自己の利益を守るため、あるいは損害が生じないようにするために必要な判断力に欠けるからで、その判断力の程度の判定は、家庭裁判所から依頼された精神保健指定医の精神鑑定に基づく意見書によって家庭裁判所の裁判官が行います。

審判によって、裁判官から禁治産者と宣告された場合には、裁判所の書記官は直ちに公告し、禁治産者の本籍地の戸籍事務を行っている役場職員に通知し、この手続きを踏むと、当人がした財産上の行為は、当人と財産の管理人は取り消すことができるのです。準禁治産者の場合は、これに準じます。

禁治産者や準禁治産者になると何が保護されるか

このようにして、家庭裁判所の審判を経て禁治産者あるいは準禁治産者と宣告された人の経済活動は制約をうける代わりに、当人の財産は守られることになります。

VI

精神科医とは

1　どんな人が精神科医になるか

何科の医師になるかの選び方

大学の一般の学部は四年制ですが、医学部は六年制です。医学部を卒業しますと、年一回の医師国家試験があって、これに合格しますと、厚生大臣から医師免許証を交付されて、晴れて医師になるのです。しかし、この時点で実際の患者さんの診断や治療ができるかといいますと、ふつう、それはできません。言葉をかえていいますと、医学部での臨床教育は、病気の説明と診断法までの理論的教育と実地見学に終始し、実際の診療技術指導にまでは至っていないのです。すなわち、医師免許証をもらったということは医師の資格を国家から与えられたということにすぎず、実際の診療ができるようになるためには、医師免許証取得後の何年かの指導医による実地研修を経て、やっと自分で何とか、ありふれた病気の患者さんの診断と治療ができるようになるのです。

その研修期間は科にもよりますが、ふつうは最低三年で、六年ぐらいかかる人もいるでしょう。この研修期間中には、内科や外科など一般の診療科では、研修医あるいは若い医師は、先輩の中堅医師から一対一で手とり足とりの厳しい臨床指導を受けるのです。この貴重な研修期

間中に優れた指導医につくか否かは、その研修医が将来、優秀な医師になれるか否かの分かれ道になります。

医師免許証を取得した人が将来、何科を専攻するかを決めて特定の科の臨床研修に入るのは、本人の希望によります。それでは、どのような理由から新人医師が特定の診療科を選ぶのか、ということについては、はっきりした調査結果があるとは私は聞いておりません。当人なりの何かの根拠にもとづいて、ある科を選んでいるに違いありません。

ある人は、「がん」の原因解明と根本治療をこころざして、がん専門の外科医になるでしょうし、外科治療に至る以前に化学療法で「がん」の克服を図ろうと、がん専門の内科医になる例もあるでしょう。このように社会的使命を感じてその方面の専門医になる場合も見られます。また、学問的関心から最先端医療を専攻する人もいることはあり得ます。

一方、自分自身や家系のなかにある種の病気があるために、その病気との闘いを目指して、その方面の専門医になっていく人も意外に多いのは事実です。このような切実な動機で、専門医になる人には、一種の凄みを感じさせるものがあります。精神科医のくせに、自分の家族の精神障害も予防できなかったのか、治せないのかという、非難中傷めいた発言を聞くこともありますが、それは逆で、自分の家系の中の精神的弱点への闘いのために、精神科医という職業人になったのであって、それでもなお、精神障害が現れたという悲劇の実状を洞察すべきで

しょう。

精神科を選ぶ医師の特徴

自分が大病を経験している医師は、患者さんのこころを汲み取れる人だから、親身な診療をしてくれるという話があります。しかし他方、自身は病気などに無縁な、健康そのものの人は患者の心情は理解できにくい、とは言い切れないでしょう。たとえば、出産するとか婦人病にはかかるはずのない男性はよい産婦人科医にはなれない、とは決していえません。

しかし、精神科では医師は自分のこころに照らして患者さんのこころを理解しようとしますし、精神療法とは医師のこころと患者さんのこころのぶつかり合いなのですから、人間のこころの弱さなど到底理解できない、豪放磊落(らいらく)でネアカ、健全きわまる精神の持ち主では、人間のこころに対する学問的関心が幾ら旺盛だからといって共感的な洞察を必要とする精神医療が果たしてできるものか、私としては疑問に思うのです。

私は三十数年来、精神科医をしてきましたので、同業者にどんなタイプの人々が多いか、ある程度の印象はもっているつもりです。もちろん、印象のようなアヤフヤなものでなく、他の臨床科の医師たちとの比較調査できちんと精神科医の性格特徴を挙げたいところですが、そのような調査をした研究報告をみたことがありませんので、ここでは印象しか述べることができ

ません。しかし、一般的にいって精神科医にはある種の共通する特徴があるようです。
精神科医には、内気で内省的な人が多いと思います。決断力とか実行力は、あまりない方でしょう。世間の人々に目立とうとはしません。体制側に取り入って権力をもとうともしません。しばしば世捨て人のような印象をあたえます。見方によっては、ひがみっぽいのです。この点からいいますと、たしかに精神科医には変わり者が多いというのは当たっている場合もあるでしょう。しかし、弱者の味方であることに生き甲斐を感じる人です。したがって精神科医出身で、小説家や思想家になる場合がときどき世界的にみられますが、財界人とか政治家になる例はまずありません。
精神科医は、現実の人のこころの問題に絶えず直面しております。そこで、まず人間の実際の困難なこころの状況を直視する習性がつきますので、あまり観念的な理論を押し立てて、生身の人間に当てはめようとはしないのです。この点は心理学者とは異なって、一般の精神科医が外国人の学者の名前を挙げて、現実に起こっている問題にコメントしようとしない理由なのです。
世間の人々でも知っているフロイトとかユングなどを、こころの問題の解釈や治療に大多数の精神科医が用いないのは、現実の問題の方がはるかに奥深いものであることを精神科医は認識しているからではないでしょうか。

精神科医の宿命

他の身体診療科とは違って、精神科では、非常にたくさんの知識とか情報をたえず蓄積していないと診療が務まらないということはないのです。ふつうの診療科の医師は、私のような精神科医の目からみますと覚えなければならない知識が膨大ですので大変だとは思われますが、いったん覚えれば、その実証性のある、具体的な知識を動員することによって、診療上の判断は容易なようです。

これに反して、精神科では、診療にとって覚えなければならない知識は比較的少ないのですが、そのような知識で現実のこころの問題をどう解釈し、どんな治療をするかの判断にとっては、こころという実証性の乏しい対象を手がけるだけに、論理だけでは決しかねる場面に直面させられることになるのです。

覚える必要のある事項が少ないかわりに、判断材料も乏しいことになりますと、理屈を超えた何物かが要求されるのです。すなわち、一般の臨床科の医師には厳しい勉強が求められますが、ある程度以上の知識を身につければ、それから後の診療遂行はそう困難ではないことは先刻みたとおりですが、精神科医は、普通それほど熱心な勉強家である必要は必ずしもないかわりに、実証的根拠の乏しいなかで判断しなければならないという宿命を負っていることになります。この事情のためか、精神科医の中にはきわめて優秀な医師がいるかわりに、逆に驚かさ

れるほど不勉強な医師がいることも事実のようです。

一方、また、精神科医には自分の力量なり努力によって患者さんを治したという実感が持ちにくいという宿命を課せられています。こころの問題は完治したということが、まずなく、診療が際限なくつづくのが一般です。これは、精神科医に非常な精神的負担をあたえることになります。さきに述べた精神科医の性格上の問題からか、あるいは心理的ストレスの大きい職務のせいなのか明白ではありませんが、アメリカでの調査によれば、たくさんの臨床科の中にあって精神科の医師の自殺率がもっとも高いのです。

一般の診療科では、複数の医師がチームを組んで診療にあたることが多いものです。そこでは、先輩の指導医が研修中の若い医師を厳しく一対一で指導をするシステムがとられていることは、これまで再三のべました。たとえば、外科の診療では検査所見の検討から手術法の決定、さらに手術の実施などでは老練な先輩医師の指導のもと、何人かの医師チームの熱心な討議を経て実行されますので、若い医師も何年かの後には中堅の医師に成長していくのです。

これに対して、精神科では多数の医師の立ち会いのもとに一人の患者さんの診察や治療が行われることはなく、最初から患者さんと医師が一対一でいわば密室で診療しますので、よほど周到な研修システムがとられない限り、若い医師は自己流の診療技術を身につけてしまう危険性があります。

すでにI章の「言い訳や自己宣伝をしない精神科医」のところで述べたとおり、一般に精神科医は言い訳や自己宣伝はしないという習性をもっているものですが、自分自身も精神科医である私から見ますと、精神科医には次のような職種上の特質もあると思います。

患者さんがこころの問題で悩んだり、あるいは自己は悩まないにしても、言動上の問題を呈しているのを診療している精神科医も、生身の人間ですから、きっと自分もこころの問題を持っているはずです。しかし、実際の診療場面では「そうですか。実は私も貴方の場合と似た、このような問題で悩んでいるのです……」などと精神科医が患者さんに打ち明けることは決してありません。それはなぜでしょうか。

患者さんが精神科医に求めているものは、この悩みの本態は何か、今後どうなっていくか、それを少しでも早く乗り切るにはどんな方法があるのか、などであって、具体的見解や方法の提示もしないで、いっしょに泣いてくれることでは決してないからです。

精神科医も友だちには自分のことや家族についての悩みは話して相談する場合もあるでしょうが、それは友人のあいだに限られます。患者さんは精神科医にとって友だちという立場ではありません。医療上の援助を求めている患者さんにたいして、その援助を提供している専門医としての立場なのです。

精神科医が、このようなルールを守っている以上、患者さんにとっては、あまり人間味を感

じさせないかもしれませんが、それは精神科医の職務からきていることなのです。精神科医は患者さんにむかっては自分の身の上話をしないものだと思ってください。なかには、私小説的な愛妻物語を本に書いたり、テレビドラマに自分の個人的情報を提供したりする精神科医もいないことはありませんが、それはきわめて例外的なケースです。

告白はしませんが、精神科医も似たような体験や悩みをもっているからこそ、それが専門医として患者さんのこころの理解に役立っているのであって、告白しないから人間味あふれる精神科医ではないというものではないでしょう。

精神科医は、日常生活で他人のこころを読んでいるか

精神科医は診察室で患者さんのこころを読んで、その治療をしている専門家ですから、さぞかし日常生活でも隣近所や職場の人々のこころを読みとっているのだろうと世間では思われているようですが、実際はどうでしょうか。本当は、一般の人以上には、他人のこころなど読んではいないのです。

職業的な眼は、職場でだけ発揮されるのです。そうでなければ、精神科医も生身の人間ですから、精神的に疲れてしまいます。職業的な眼を発揮する必要がある時と、ない時を上手に切り替えているのです。場合によっては、一般の人より他人のこころを読むのが下手になってい

ることもあるのです。

わが子を診療する場合の精神科医と内科医の違い

よく医師は自分の家族を診ることはできないといわれます。それは本当です。患者さんが他人だからこそ、医師は客観的な眼で診て、的確な治療ができるのです。家族、とくにわが子は、他人ではありませんので、客観的に状態を判断したりすることは、医師にはできないのです。

まして、精神科は客観的な検査所見で診断する診療科ではなく、精神科医のこころの物差しを患者さんにあてて、主観的判断をするのですから、到底そのような的確な眼で、こころの問題をもっているかもしれないわが子を診ることはできないのです。たとえば、わが子に精神病を疑わなくてはならない場合でも、精神科医は親であるが故に心理的因果関係の成り立つ事情があるに違いないというような非専門家的な、間違った判断をしがちです。それは、親の心情として仕方ないことです。

みなさんは、このような精神科医の打ち明け話を聴いたら、精神科医のことを頼りなく思われるでしょうか。

私は、むしろそれだからこそ精神科医も生身の人間だという実態がよくでている告白だと考

えます。
もし精神科医がスーパーマンだったら、人間のこころになど関心はもたないでしょうし、こころに負い目をもっているという実状があることこそ、かえって精神科医が務まるための重要な資質だと思うのです。あまりの秀才は教育者には不向きだというのと同じです。
これに対して、内科など身体病の診療科では、とくに最近では機械化が進んでおり、診断は目で見て分かる形、色とか、臨床検査で得られた数値などを検討して行います。マニュアル化していると言ってもよいでしょう。明治や第二次世界大戦以前の日本では、いわく言いがたいカンで診断する名医がいたものですが、現在では、診療は高度に進歩した医療器械で行いますから、主観のはいる余地はきわめて小さくなり、医学部を卒業して数年もきちんとした指導下で臨床経験を積めば、ひととおりの病気の診療は立派にこなせるようになるのが一般です。そこで、わが子が病気になった場合でも、内科医には親としての感情はともかく、客観的なデータを基に行う診療は比較的冷静にできると思われます。
すでに述べたとおり、内科とは異なり、精神医学では診断の決め手になる臨床検査は皆無にひとしく、もっぱら医師の主観にたよる精神症状の観察に依存するのですから、わが子が精神障害になったかもしれない場合には、診断眼であるべき主観は、親子の情によって曇ってしまって、素人のような不正確な判断しかできないのは無理もありません。

2　精神科医のかかり方

精神科医のさまざまなタイプ

精神科医にも、さまざまなタイプの人がおりますが、エピソード的に風変わりな人物伝を挙げても単なる物語になりますので、ここでは彼らに見られがちな特徴を対比させて私の所見を述べようと考えます。

①研究医師と治療専念医師

同じく精神科医でも、臨床研究で高名な人は、一般市民が自分なり家族が診てもらう医師としては適していると言えないことが、むしろ意外に多いものです。その分野で高名になることは、すぐれた研究成果を挙げていて、精神医学会で高く評価されている研究医であるとか、よく読まれている精神医学啓蒙書の著者だとか、全国紙なり商業雑誌で業績が紹介されることの多い精神科医なのです。一方、さして研究成果などはなく、著書もない地道な精神科医のなかに臨床医として立派な人がときどき見られることがあります。しかし、この後のほうの精神科医は狭い地域では名医として知られていても、広い読者のつく著書はないし、マスメディアで

取りあげられることもありませんので、全国的にはほとんど無名といってよいでしょう。すなわち、有名な研究医は優れた臨床医ではなく、優れた臨床医には研究業績がないことが一般に多いものです。なぜこのように、研究者として評価の高い精神科医が臨床医としては必ずしも評判がよいとは限らず、逆に臨床精神科医としては優れている人が、社会ではほとんど無名のままなのでしょうか。

高いレベルの研究業績を挙げる医師は、患者さんとは一定の距離を置いて冷徹な科学的観察をしているから優れた研究ができるのです。他方、無名の良医は患者さんの治療にのめり込んでいますので、患者さんとは、研究に必要な条件である一定の距離を置くことができません。したがって普遍性の要求される研究はできないからだと思われます。

精神医学でも真の臨床研究の成果を挙げない限り、医学は進歩しませんので、研究医は精神医学のレベルアップに一定の貢献を果たしているのですが、精神医療の現場では必ずしも立派な臨床医ではないことが多いのは、実際問題として避け得ないことかもしれません。言葉をかえれば、研究医と臨床医とは社会的役割が異なるのが実状なのでしょうか。

②おしゃべり医師と聴き入る医師

どちらかというと若く血気に走りがちな未熟な精神科医に見られがちですが、自分の知識を

誇示するように、あるいは親切さを発揮するのかもしれませんが、患者さんに喋りつづける精神科医がときどきおります。患者さんのなかには、学識ゆたかな、熱心な、したがって有能な精神科医だととる人もいるでしょう。もっとも、若くても聴き役にまわって自分の意見を控える精神科医もいますから、これは年齢からくる特徴というより、その精神科医の性格が要因になっている可能性もあります。

おしゃべり医師にたいして、患者さんの言うことにじっと耳を傾けて断定的な自分の見解は口にしない精神科医もいます。このような寡黙な精神科医には患者さんによっては頼りなく思う人もいるでしょうが、一方、このタイプの精神科医は自分のことを真に受け入れてくれている誠実で思慮ぶかい、頼りがいのある医師だと思う患者さんもいるものです。このように思う患者さんは、知識階級のなかに見られやすいようです。

③重点指導する医師と総合指導する医師

水泳でもピアノでも、初歩の人を教える指導員の先生は、その時ごとに一つの、一見小さいことしか指導目標として習う人に言わないのが、もっとも熟達した指導者だといわれているようです。初心者が覚えるべき点を一度にいくつも挙げて教えようとしますと、練習する人は混乱してしまい、かつすべてを上手に実行できないことから自信をなくすようになる結果、練習

自体をあきらめるに至ることが多いものです。

精神科の診療でも、同じなのです。一つのことだけ重点的に指導して、患者さんの経過に応じて、また次の小さな目標を取り決めて一歩一歩、改善向上にもっていくのが患者さん自身の進歩と自信に役立つでしょう。最初、なぜ簡単な一つのことしか目標に挙げてくれないのかと、患者さんは心許なく思いますが、しだいに小さな目標でも一つ一つクリアできていくと、真に有能な精神科医に指導されていると実感してくるものです。

これに対して、最初から医師が気がつく患者さんのたくさんの問題点を一挙にあげて、諄々(じゅんじゅん)と説く精神科医もおります。患者さんは、そのとき理屈では、そのような指導を納得するのですが、一度にたくさんの事柄を並べられるものですから、理解も実行もできないのです。したがって、進歩向上も期待できないのは当然でしょう。このような臨床指導は、生身の人間である患者さんを本当には洞察できていない、その精神科医の独りよがりのものにすぎないというべきです。

④安心感をくれる医師と知識を誇示する医師

精神科の臨床指導は、文字どおり心理的な要素が大きいものです。病院へきて主治医の顔を見ただけで安心できるので、その後の何週間かは自信をもって生きていけるという感想を患者

さんや家族から聴かされることがしばしばあると一人の同僚の精神科医がいいます。このような現象があるものですから、何も精神科医のほうが自己の学識などを並べ立てるのは不必要なのでしょう。患者さんの状況をきちんと洞察したうえで、言葉すくなでも、的確な助言をすれば、精神療法の目的は十分に達しられていることになります。これは、単に精神科医の診療知識というものではなく、本来の人柄と長年かけて築いた医療技術なのでしょう。

一方、それが患者さんへのサービスと思っているのか、さかんに外国の学者の名前まで挙げて患者さんに説く、一見博識な精神科医も稀にいるのです。このようなタイプの医師は、真に患者さんのことを理解しているとは考えられず、自己の権威づけか自信のなさを、一見豊富な学識の応援を得てカバーしているのではないかと思われます。

⑤書斎派の医師と現場主義の医師

徳川幕府の崩壊によって開国してみると、それまでの日本の医学がヨーロッパの医学と比べて非常に遅れていることに気づいた政府は従来の漢方医療を、しだいに禁止していき、ドイツ医学を中心に医療も医学教育もヨーロッパから急速に取り入れることにやっきになりました。わずかの期間にヨーロッパ医学に追いつくには、直輸入がいちばん能率的なのは確かなことで、この医学輸入の業務を担ったのはある大学をはじめ全国にあった数校の有力医学校でし

た。ヨーロッパ医学をいかに速く学びとるかと、今日からみますと、サル真似のような努力がなされたのです。

一方、第二次大戦の期間には欧米からの医学情報の流入は途絶えていましたが、敗戦によって欧米からの情報が入ってくるようになりますと、またもや日本の医師たちは、欧米の医療の進歩に一驚し、例の勤勉さにいっそう輪をかけて医学輸入に取り組んだのです。それ以前とは異なりまして、敗戦後はヨーロッパ医学は影をひそめ、アメリカ医学が日本に圧倒的な影響力をもったのでした。

このように開国あるいは敗戦を経るたびに、日本の医学界は欧米の医学の導入に非常な努力を払いました。先進国から学びとることによって鎖国や戦争で立ち後れた日本の医学を追いつかせようとした努力はよいのですが、困ったことに一部の学者のなかには、ほとんど無批判に外国の情報を日本へ輸入紹介することをもって、研究しているかのような錯覚をする人がいる現象が今日に至っても相変わらずみられるのです。

しかも注意しなくてはならないのは、とくに心理学や精神医学のような人間のこころの問題をあつかう分野では、民族性や国情、一般市民生活の様相も大きく異なるので、逐語訳紹介をされては、日本人の臨床にはほとんど役に立たない情報になる危険性があることです。このように、もっぱら机の上で、辞書を引き引き、外国文献を訳し、書物にして紹介する学者は、書

斎派あるいは文献学者と呼ばれ、古いタイプの学問活動です。しかし、現在では読者も賢くなっていますので、その種の翻訳研究書は実際の役には立たないことを認識するようになっていて、翻訳紹介本はあまり売れておりません。したがって書斎派の弊害が一頃ほどではなくなってはいるようです。

これに対して、外国の情報は多少の参考にはなっても、その限界をよく認識して、日本人のこころの問題は、日本人の民族性、社会体制、家庭や家族の特異性などを洞察して、真に日本人に適合した精神医学や心理学を打ち立てようとする医師や心理臨床士が、しだいに多くなってきています。このような洗練された研究や臨床活動をするためには、日本人の現状に即した観察や臨床実践を行って、実態を正しく認識していることが必要条件になります。これが現場主義の研究者です。

フィールドワーカーとも呼んでよいでしょう。このような研究者の業績こそ欧米の研究者からも十分に評価されるのであって、臨床活動もはじめて成果を挙げ得るのです。書斎派の活動は、本家である欧米の研究者からは単に日本への紹介者としか見なされないことから、現場主義の活動と書斎派の活動とは、どちらが日本国内と欧米の双方で意義のある活動だと評価されるのか、自明の理ではないでしょうか。現場主義の精神医学研究者は、むしろ欧米での臨床研究生活の経歴者に多いことは当然の現象といえましょう。

精神科医の掟

他の一般診療科では、医師は患者さんやその家族と職務を離れて気軽につき合っても、診療という本来の仕事には支障になりにくいとも聴きますが、精神科では患者さん対医師の関係は、ある点で微妙ですから、医師には留意しなければならない事項があります。

世界的な小児精神医学の創始者である、アメリカの精神科医カナー（一八九四～一九八一）は、小児精神科医の心得るべき事項として、いくつかの点を挙げておりますが、その多くは一般の精神科医にも当てはまりますので、カナー自身の言葉を少し変更して、ここに箇条書きにして引用します。

①患者さんの家庭内の問題にまきこまれてはいけない。家族の不和とか論争の仲裁を求められる場合があるが、医師は確固たる態度をもって自分の職域を守り、それ以外のよけいなことはしないようにせよ。

②患者さんの家に招かれるな。患者さんの家族との気のおけない宴会が、実は治療にとってはもっとも大きな障害物になるからである。

③患者さんだけでなく、家族全体も治療指導の対象であることを忘れるな。また、医師は家族のかわりにはなれないことを、自覚せよ。

よい精神科医の資質とは

精神医療の専門家として多くの人の悩みの相談にのり、こころを病む人々の治療に専念するのですから、精神科医というのは、よほど健全な精神の持ち主かと思われるかもしれませんが、実際には、精神科医はこころが極めて健康である必要は必ずしもないのです。むしろ、自分のこころの不健全さの自覚をもっている医師のほうが、他人のこころの問題に共感がもてる可能性が大きいのですから、精神科医に向いていると言ってよいでしょう。

精神科医の必要条件としては、物よりも、こころのほうに価値をおく人生観の持ち主で、しかも差別に対する問題意識の鋭敏な人ではないかと自分自身、精神科医の一人として思うのです。権力志向がつよくて容易に体制にくみする人、自己顕示欲の強烈な人、エリート意識の激しい人は、精神科医に向いていません。だいいち、そのようなタイプの医学部卒業生は最初から精神医学などには関心をもたないだろうと考えられます。

精神科医の選び方

精神科の診療は、外科とか皮膚科のように方法が定式化できるものではなく、個性をもった患者さんと個性をもった精神科医の双方の、いわば人格と人格のぶつかり合いなのですから、理屈を超えた微妙なものであることは避け得ません。したがって、とりわけ精神科診療は、患

者さんと医師の両方向の信頼関係を絶対の基盤として成り立つ性質をもっているのです。この信頼関係は、医師の修練や誠意だけで得られるものではなく、個別の患者さんと医師の間には相性のようなものがあると思われます。

そこで、自分にとって相性のよい精神科医とめぐり合うように努力されることを患者さんにお勧めします。患者さんには主治医を選ぶ権利があるのですし、医師のほうも患者さんが自分から去って他の医師の診療を求めることには、気を損じることなど毛頭ないと思ってください。医師は依頼してきた患者さんには誠意をつくして診療しますが、患者さんにとって相性が合うとは感じられない医師の場合には遠慮せずに、医師を替えていただいてよいのです。相性というものは、患者さんと医師が努力しあっても、できあがってくるとは限りませんし、患者さん離れのよい医師が良医なのです。

3　精神科医は精神保健福祉法のもとで診療する

精神保健福祉法の目的

本人のせいではなく、まして家族のせいでもないのに、思いもかけず精神障害をもってしまった人々のために、その社会復帰の促進、さらに社会経済活動への参加と自立を可能とすること

を目指して、適正な精神医療の確保と社会資源の整備を図ることを目的に制定された法律です。前身の「精神保健法」は、精神障害の方々の医療をめぐる人権保障のための法律でしたが、精神障害の人々にとっては単に医療の充実だけでは不十分で、社会資源や一般市民の意識向上という地域の総力を挙げて取り組まなければならない課題であるとの認識から精神保健法を発展させて、この「精神保健福祉法」が生まれたのです。

精神保健福祉法は、医療面に限っていえば、精神科医の行う診療行為の内容を直接、規定しているものではありませんが、かつては医療の美名のもとに患者さんの人権が一部分、侵害されたという歴史的いきさつがありましたし、さらにその後の精神医療のいっそうの進歩向上も得られましたので、現在の社会の実状にあうように精神科診療の実施にあたって、医療者にある種の制約と義務を課すようになったわけです。

さらに、この新たに制定された精神保健福祉法では、診療費用の点でも従前の精神医療の公費優先の原則を保険優先の原則に改めています。

精神保健福祉法の定める精神障害者とは

この法律では、精神障害者とは「精神分裂病、（アルコールや麻薬・覚醒剤などの）中毒性精神病、精神薄弱（精神遅滞）、精神病質（人格障害）その他の精神疾患を有する者」と定め

ております。この定義の表現法は、私ども精神科医から見ますと、医学界ではすでに死語になった精神薄弱とか精神病質という用語が用いられています。また「その他の精神疾患」という文言では、その解釈しだいで、範囲が不明確になりますので、混乱しかねないと考えられますが、元来、法律、とくにそこに用いられる用語は現代医学の水準からは遅れがちなもののようですから、現実場面の法律の運用にあたっては専門医の見解も参考にしていただきたいと思います。

精神保健福祉センターと保健所

以前は、「精神保健センター」と呼ばれ、各都道府県に一ヵ所が設置されていて、精神障害者についての知識の普及、調査研究、相談指導の業務を行ってきましたが、精神障害者の指導援助は医療的業務だけでは既述のとおり不十分との認識が深まって、社会福祉面の業務の充実が図られるようになって「精神保健福祉センター」と改称されました。

各都道府県内に数おおく設置されている保健所にも精神保健福祉相談員と呼ばれる専門職員が配置されていまして、住民の精神保健の相談指導に従事しています。これら精神保健福祉相談員にたいして精神保健福祉センターが指導困難例の業務指導を援助しているのです。精神障害者の福祉の実現のために保健所は、福祉事務所その他の関係行政機関と密接な連携を図らな

ければなりません。
さらに精神障害者の医療保護の目的のために、保健所には精神障害の疑いのある人に対する精神保健指定医による精神鑑定の行政権があります。すなわち、地域の住民は、誰でも精神障害者、またはその疑いのある人と気づいた場合には保健所長を通じて、都道府県知事にその人の精神鑑定を申請できます。
警察官も職務遂行上で異常な行動を見て、その人が精神障害の疑いから、自分を傷つけ、あるいは他人に危害を及ぼす可能性が危惧される場合には、保健所長を経て、都道府県知事に通報し、保健所の担当職員が精神鑑定を要するか否かを判断します。この際には、保健所長あるいは担当職員は、その疑いのある人の人権侵害にならないよう慎重な配慮をして、軽率な行動をすることは厳に避けなければなりません。精神鑑定は、厚生大臣から免許証を交付されている精神保健指定医が保健所長からの要請によって行うのです。

精神医療施設

都道府県は、精神保健福祉法の定めによって都道府県立の精神病院を設置しなければなりません。つまり本来、地域に居住する精神障害の人々の診療は、これら地方行政機関の責任において自治体が直接に行う義務があるのです。

しかし、地方自治体立の精神病院が地域の精神医療を十分にカバーしきれていない場合には、それに代わる過渡的施策として民間の精神病院または総合病院の精神科に機能を委託することができます。これを「指定病院」といいます。これら指定病院の運営経費に政府から補助金が支給されています。したがって、指定病院の運営にたいしては行政が指導干渉してくるのは当然でしょう。

都道府県は、医療が必要な精神障害者に適切な医療機関を紹介しなければなりません。

精神保健審議会と精神医療審議会

各都道府県には、地方精神保健審議会が置かれていて、精神保健についての知事の諮問に答えたり、知事に意見具申をすることができます。審議会の委員は、精神保健の学識経験者と精神医療従事者のなかから知事が任命します。

精神医療審議会は、前項の審議会よりさらに個別の患者さんあるいは家族から入院治療の必要があるのか否かのクレームがきたとき、具体的に審査し、結果を知事に通知します。そのため精神医療審議会は必要により、当の患者さんと、その精神病院の管理者から意見を聴くことができます。

治療中の患者さんの処遇についてもクレームがきますと、同様に審査して、結果を知事に通

知しなければなりません。

精神保健指定医

厚生省の統計によりますと、一九九六年現在で、日本には約一万人の精神科医がいるそうです。そのうち、この項で説明する精神保健指定医とは、どんな活動をしている精神科医でしょうか。

精神保健指定医の前身の精神衛生鑑定医が一九五〇年度に制定されて以来、現在までに全国の精神保健指定医の証票は通し番号で約一万番に達しておりますが、このなかにはすでに死亡あるいは引退した医師も相当数にのぼりまして、現役の精神保健指定医として診療にあたっているのは八〇〇〇人ほどだと厚生省が発表しています。

この精神保健指定医という、厚生大臣から指定された資格をもつ精神科医が日本の精神医療の中核を担っているのは確かです。精神保健指定医は、精神障害者が医療を受けるとき、その人の人権が護られるために設けられた制度で、以下に述べる法律上の責任と権限が厚生大臣から与えられているのです。

精神保健指定医の職務

精神医療は、診療上の必要によって、患者さんの強制的隔離や拘束など一般社会の常識では考えられない人権制限がしばしば行われることがあります。そのため、他の診療科とは異なった義務と配慮が医療行為には課せられることになります。そのような人権制限が避け得ないという特殊な医療行為を実施させるために、厚生省は精神保健指定医（以下、指定医と呼ぶ）という制度を設けているのです。

指定医の主な日常の職務は、この精神保健福祉法の定めによって、ある特定の患者さんが入院する必要があるか否か、あるいは入院の継続の必要があるか否か、治療上ある患者さんを錠のかかる病棟に収容する必要があるか否か、そのうえ自由制限の厳しい保護室への隔離、あるいは拘束衣の着装などを実施する必要があるか否か等の判断、および職員への実施指示を行う権限などです。

これらの医療行為は指定医にだけ許された権限で、たとえ精神科医であっても指定医でない者が、指定医の指示なしで以上の行為を行うことはできません。

その他、後に述べる医療保護入院、仮入院、措置入院を行う精神病院には常勤の指定医がいることが義務づけられていますし、患者さんのための各種精密診断書の作成資格者は指定医であることが条件です。さらに患者さんの入退院に関する知事への届け出義務の報告書は指定医でなければ書けないのです。したがって、精神科医になって相当する年数を経た医師は、以下

に説明する手続きを経て指定医になっておかなければ、事実上、独立した精神医療はできないといっても過言ではないでしょう。

精神保健指定医になるには

①新規指定申請

指定医は、患者さんの意に反して強制治療を行う権限と責任をもつことから、その実施する精神科治療には医学的適切性と同時に患者さんの人権への十分な配慮が要求されるのです。新規指定の要件は、医師としての経歴が五年以上あって、かつ精神障害の診療経験が三年以上の医師であることが必要で、申請にあたっては、左記に定めるケースレポートを提出して審査を受ける必要があります。すなわち、レポートすべき症例数は八例以上で、次の疾病群にわたる必要があるのです。

(1)児童・思春期精神障害

児童・思春期心性を踏まえ、心理的発達の経過を追っていること。

(2)症状性または器質性精神障害

原発病巣が確認でき、その症状表現としての精神症状であって、かつ入院理由が精神症状

によるものであること。ただし精神遅滞は除く。

(3)老年期痴呆

発病が初老期であっても、老年期に連続する病態であれば該当する。

そのうえレポートには、申請医自身の自筆サインの他、これらの症例の診療の直接指導にあたった指定医の自筆サインが必要です。症例ごとの入院に至った経過と入院時の所見、状態像も十分に記述されていなければなりません。入退院の日付を明記し、診療経過中の症状と所見、治療内容等は、単なる事実の具体的記述だけでは不適切で、申請医の判断やその根拠なども簡潔に記載されていることが要求されます。

診療上、必要と判断された臨床検査と治療行為のそれぞれの理由と所見を記述するのです。診療経過報告には、症例ごとに主治医としての個性的考察が付されていなければなりません。単なる教科書的、一般論的考察ではだめです。その症例に取り組んだ申請医の独自の意見が発露しているものがよいレポートとみなされます。なぜ外来治療ではいけなかったのかも根拠の提示が求められるうえに、入院治療の成果と限界も考察されている必要があります。それぞれの入院診療から申請医が何を学びとったかを書くことが望まれます。

これらの診療レポートとしての必要条件を十分に満たしていないものは、不合格になるでしょう。

②指定医の更新手続き

いったん、指定医になった精神科医も五年ごとに、いかなる立場の精神科医に対しても厚生省令の定めるところによって、研修を受けることが義務づけられていて、この研修履修を経て指定医の資格が更新されます。研修では、最新の精神医療の情報や関係法律の改正の解説のほか、弁護士などによる精神障害者の人権問題についての講演・質疑があります。

精神障害者保健福祉手帳

これまで精神遅滞者と身体障害者には医療や福祉についての手帳が交付されていて医療と福祉制度の保障がありましたが、精神遅滞も身体障害も伴わない精神障害の人々には、それに当たる手帳交付の制度はありませんでした。そこで、あらたに制定された精神保健福祉法では、精神障害者保健福祉手帳の制度が創設されて、医療と福祉制度が、保障されることになりました。

これは精神障害をもった人や家族にとりまして、喜ばしいことと考えられます。この手帳も、申請によって、はじめて都道府県知事が交付するもので、本人なり家族が希望しない場合には、交付を申請する必要がないのです。手帳の申請に対して、手帳を交付する場合には、知事は地方精神保健審議会の判定を得なければなりません。いったん手帳が交付されても二年ご

とに、再判定を受けるのです。

精神科入院の形態

精神障害のために入院治療を受けるには、次に述べる三つのタイプがあります。

①任意入院

これは神経症などのように、病識のある精神障害者が診療の必要を自覚し自らの意思によって、精神病院あるいは総合病院の精神科病棟に入院してくる例です。病院は、そのような入院を希望する旨の同意書をもらっておく必要があります。任意入院の患者さんには、できるだけ自由制限のない、開放的な病棟の環境で診療することが望ましいことは、言うまでもありません。また、本人から退院したいとの申し出があったときには、病院は退院させなければならないのです。

しかし例外として、指定医が病状からみて入院継続が必要と判断した場合には、七二時間に限って、退院を許可しなくてもよいことになっています。その際、指定医は理由を診療録に記載しなければならないだけでなく、同時に、患者さんに書面で退院請求にたいする病院の態度を知らせる必要があります。

②医療保護入院

精神病院の管理者は、指定医の診察の結果として、患者さんが精神障害者であって、そのうえ医療と保護の必要があると認めた人について、保護者の同意がある場合には、たとえ本人が同意しなくても、その人を入院させることができます。これを医療保護入院といいます。医療保護入院をさせた場合およびその後に退院させた場合には、一〇日以内に、前者に限っては保護者の同意書を添えて、それぞれ管轄の保健所を経て知事に届け出なければなりません。

③措置入院

都道府県知事は、重い精神障害者かもしれないと通報あるいは届け出のあった人については確認のために保健所長を通じて指定医に診察を要請しなければなりません。その結果、指定医が、本人を入院治療しなければ自身を傷つけ（自傷）、または他人に大きな危害（他害）を及ぼす可能性があると判断した場合には、知事はその人を都道府県立精神病院あるいは指定病院に強制入院させることができます。これを措置入院と呼びます。この措置入院には、二人以上の指定医が診察して、同じ判断をすることが必要条件になるのです。措置入院させられた人が治療の結果、もはや自傷・他害のおそれがなくなったと指定医が判断した場合には、知事は直ちに、その人を退院させなければなりません。

例外処置としての仮入院

刑法の定める犯罪容疑者でもないのに特定の人を一般社会から隔離するという行為は、理由は何であれ重大な人権侵害になりますので、法律は厳に禁止しています。しかし、精神医療にあっては外来診察だけでは、その人が入院治療を要する重い精神障害者か否か指定医が診断できない例はときに起こります。この場合には、保護者の同意を得て、一週間を超えない日数のあいだに限り、精神病院の管理者は、その人が拒否しても入院させることができます。これを仮入院と呼び、この制限日数のうちに診断して、今後の治療方針をたてなければなりません。

精神医療が福祉の一環として明確に位置づけられた結果、社会保障の色彩が濃厚になって、その福祉受給の資格を証明することが精神科医に課せられることになって、各種の書類作成に要する主治医の負担が、しだいに大きくなっている実状にあります。その負担は、精神障害をもった人々の福祉実現のためと、公正な精神医療の実施のためには必要な業務です。

精神障害者社会復帰施設

都道府県は、精神障害者の社会復帰の促進、さらに自立と社会経済活動への参加の促進を図

るために精神障害者社会復帰施設を設置することができます。これらの事業の実施は、社会福祉事業法によって市町村あるいは社会福祉法人が当たり、具体的には①精神障害者生活訓練施設、②精神障害者授産施設、③精神障害者福祉ホーム、④精神障害者福祉工場の四つのタイプがあります。それぞれの内容は、次のとおりです。

①精神障害者生活訓練施設
精神症状が激しいために、家庭で日常生活をおくることが困難な精神障害者に対して、日常生活に適応できることを目指して、低料金で、居室や付随する設備を提供し、社会復帰に必要な指導・訓練を行う施設である。

②精神障害者授産施設
一般企業に雇用されることが難しい精神障害者が将来、就労して自活できるように、低料金で、社会復帰に必要な職業訓練を行って技術を身につけてもらうことを目指す施設である。

③精神障害者福祉ホーム
住居を求めている精神障害者に、低料金で、居室やその他の設備を提供し、そのうえ日常生

活に要する技能を指導する施設で、社会復帰と経済的自立を図る。

④精神障害者福祉工場

現段階では一般企業で就労することができない精神障害者を一定の保護のもとに雇用する工場で、社会生活上必要な生活指導と職業訓練をして、社会復帰と経済的自立を図る。

これらの社会復帰施設には嘱託あるいは契約している精神科医がいる場合もありますが、今後、福祉施設と医療機関とのいっそうの連携ができるようにシステムの充実が期待されます。また、このように社会資源が整備されてきているのは、望ましいことですが、そこに働く職員の精神障害者にたいする理解の増進の必要性を痛感しています。すなわち、これらの施設の運営は単に作業能率の追求にせかされることなく、生活指導をとおして、精神障害者の対人面、情緒面、医療面への配慮が必要です。

一方、社会復帰施設での作業種目は、内職の下請け的な仕事が多く、それらの仕事を業者から回してもらえるか否かは、世の中の景気の動向に大きな影響をうける事実から、ペイするかどうかを超えた福祉的意識が行政担当者に求められます。作業半製品を持ってきてくれる業者は小企業であることが多く、その生産活動には当然、競争原理が要求される事情があるのは十

分に理解されますが、納期に追われて、製品を遅れないように仕上げることに熱心になるあまり、精神障害の人々の社会復帰という本来の目標の達成が見失われることのないように、業者の方々に格別の配慮をお願いしたいところです。そのためには、事業所が経営的にも成り立つように、行政から精神障害者の人々にも雇用機会が拡大されるための雇用開発助成が十分になされる必要があります。

同時に、たとえわずかであっても、労働には賃金を勤務状況と生産高に応じた能率給的な額で支払うことが、社会復帰を目指す人々にとって大きな励みになります。

おわりに　二一世紀の精神医学の展望

現代科学は、「原因なくして現象は生じない」、「現象には、必ず相当する原因が存在するのだ」という因果律で進歩してきました。この仮説は精神障害の臨床でも同様に当てはまるはずと考えられます。こころの問題は、こころに影響をおよぼす心理的出来事に原因を求めようとすることは、古来から行われてきましたし、現在でも人々のあいだで行われていることは理由のない現象ではないでしょう。経験上、たしかに因果関係として、それが正しい場合もあります。しかし精神障害では、その常識的解釈が常に正しいとは限らないと知っている必要があると思うのです。

こころの臨床で、精神病理学や心理学が探求手段とされるのは、精神障害の病理に心因性の余地があるのではないかという仮想をもっているからではないでしょうか。その証拠に、かつて比較的多かった進行麻痺が、梅毒が原因だとわかってからは、進行麻痺にたいしては精神病理学者や心理学者が急速に関心をもたなくなった現象が挙げられます。

心理臨床士が、治療対象をもっぱら神経症などに限られるとして、精神病は対象にしていないというのは、精神病の原因としては生物学的原因が主役で、心因性は否定されたからではないでしょうか。精神療法は、神経症と精神病の双方の精神障害の治療の主役ではあっても、これを可能にした背景は、こんにちの治療手段としての薬物療法が決定的役割を果たしてきたからです。もし将来、神経症の原因も、先天的要因が圧倒的で、予防あるいは治療に生物学的手段が主流となることが明白になってきたら、臨床心理学の役割はどのような位置を占めるようになるのでしょうか。

思弁をなるべく排除して、疫学調査法などを取り入れて科学的に精神障害の病理が研究された結果、ショックなどでは精神病にならないこと、心理的出来事は神経症の原因ではなく、単なる誘因にすぎず、その症状発生に、より重要な必要条件に相当する意味をもつのは当人の性格の問題であるということが分かってきました。これらの精神病理学上の研究の成果は、精神障害の医学的原因に重要な示唆をもっていると考えられます。

精神病や神経症の起きるメカニズムとして、精神症状を弾丸の破壊力とし、環境要因を銃の引き金と仮定すると、精神病理学や臨床心理学のもつ意義と問題点が理解しやすいと思われます。つまり、外から見える引き金の形状をいくら詳細に調べても、弾丸の破壊力は解明されないのと同じ理由で、精神障害の原因を心理上の問題としてだけ、因果関係を求めても、納得さ

れる結果は得られないでしょう。
精神症状すなわち弾丸の破壊力の根源は、外からは見えない、薬莢(やっきょう)の内部の火薬にあるのです。引き金は、単なるキッカケにすぎません。精神分裂病や躁鬱病のように、火薬の自然発火とでもみられるものから、神経症のように引き金が比較的に意味をもつものまであります。いずれにしても、比重の差こそあれ、精神障害の原因として素因の重要さ、すなわち遺伝子を介する先天情報の伝達に決定的な重要性がある以上、遺伝子解析が精神障害の解明と治療に突破口を開くでしょう。
遺伝子解析が重要といっても、性格や精神障害は、多因子遺伝といって、染色体上の離れた幾つかの位置にある複数の遺伝子の組み合わせによって成立してくることが非常に多数の家系調査の結果、判明しているのですから、血友病や色覚障害のように単純明白な遺伝をするものではないことはもちろんです。しかし、精神病のように原因として生物学的要因の関与が推定されるだけでなく、心因反応でも基礎性格という先天的要因が重要視される以上、精神病でも神経症でも、これらの病因としての比重が大きいらしい生物学的あるいは性格上の先天的情報が遺伝子を介して精神障害を表現させてくると考えられます。
たとえば精神分裂病は、過去一世紀以上、研究者は解剖学的にも生化学的にも、執拗に原因を探求してきました。しかし、その原因は片鱗さえも見つかりませんでした。分裂病の医学的

原因は、そのようなレベルのところにはなかったのでしょう。一方、分裂病など精神障害には、病前性格という特徴的な行動特異性があることは、精神科医なら誰もが認めている事実です。ところが、分裂病の人の生い立ちを子細にたどれば、病前よりもずっと以前の乳児期や幼児期にすでに先天的ともいうべき行動特異性が観察されているようです。

この事実からわかることは、分裂病の発病にも、生後ただちに準備状態が存在していた可能性があって、この準備状態こそ遺伝子がもたらしたものである容疑が濃厚だということです。このような、生後まもなくから存在している遺伝子規定の準備状態が潜行していたものが、思春期以降のささいな環境要因の作用により、閾値を突破して、精神活動が遂に破綻をきたして噴出してしまう。これが、分裂病の発病であると推定できます。したがって、精神障害の原因の比較的大きな一端を担う遺伝子解析こそが、今後の精神医学の最大の研究課題なのだと思います。精神障害の原因は、遺伝子解析によってのみしか解明できない。本書で見てきた臨床観察からも、そう考えられるのではないでしょうか。

遺伝子解析のような技術的課題は、遠からず克服されて、市中の病院の検査技師にも普及し、ほとんどの疾患で、患者さんごとの病態の遺伝子の役割が判明するに違いありません。その結果、従来は精神病理学的に提唱されてきた精神分裂病や神経症などの病態分類は、遺伝子解析の面からも再分類されて、これらの精神障害の本態解明の決定的な端緒を切り開くように

なるものと期待されます。

ところで、登校拒否や家庭内暴力とか主婦の飲酒嗜癖など、戦前には見られなかった問題行動がこんにち存在することをとりあげて、「遺伝子の研究だけでは、精神障害の原因の全容はつかみきれない。環境要因の洗い直しが必要ではないか」という人もいます。これは、当然、もち上がってくる疑問だと思います。しかし、それらの現代的問題行動の激しさに目を奪われると、心理的原因であるとの因果関係追求のみに走りがちになってしまいます。

その心理的原因の底は案外浅いのです。たとえていえば、環境要因の比重は、風の吹くことによる川面の波立ちとでもいうべきもので、やはり肝心なのは、目には見えない川底の起伏のような先天的・生物学的素因の関与です。この奥底、つまりこころの本質は、相当、慎重に探らなければならないと思います。そのうえで、先天要因と環境要因の絡みあいをときほぐすことによって、精神障害の真の原因の解明に近づくのではないでしょうか。

二一世紀と予想される精神障害の原因解明と根本治療の達成は、おそらく遺伝子研究者と臨床精神医学者の共同研究によってなされると考えられます。そのように精神医学での遺伝子研究が普及するようになれば、精神障害の発病にたいする先天素因の重要性が確認され、その結果、あらためて環境要因の意義が再認識されて、双方の要因の総合的検討から、精神障害のより的確な予防と根本治療が得られるようになるでしょう。

このような方法論的課題の克服により、二一世紀に至って、ようやく精神医療は、他の医学領域なみに科学たり得るようになると信じます。

引用・参考文献

『自閉症児への架橋』安藤春彦ら（医学書院、一九八三年）
『心身障害児の療育相談』安藤春彦（有斐閣、一九八四年）
『心身障害児への架橋』安藤春彦編（医学書院、一九八六年）
『知能とは何か』安藤春彦（講談社ブルーバックス、一九八七年）
『心身障害児の臨床検査マニュアル』安藤春彦編（南山堂、一九八七年）
『小児精神科治療ハンドブック』安藤春彦・山崎晃資編（南山堂、一九八九年）
『教育治療法ハンドブック』伊藤隆二編「安藤春彦：カナー法」（福村出版、一九八九年）
『医師のための心身障害児一一九番』安藤春彦編（ヒューマンティワイ、一九八九年）
『心身障害児のリハビリテーション』安藤春彦編（南山堂、一九九〇年）
『親が知らない子どもの心』安藤春彦（講談社ブルーバックス、一九九一年）
『小児精神医学』安藤春彦ら編（ヒューマンティワイ、一九九一年）
『養護教諭のための学校保健室一一九番』安藤春彦・根来民子編（ヒューマンティワイ、一九九一年）

『子どもはこんなに疲れている』安藤春彦（講談社ブルーバックス、一九九三年）
『小児精神科の臨床』安藤春彦編（金芳堂、一九九四年）
『精神鑑定とは何か』福島章（講談社ブルーバックス、一九九五年）
『自閉症の理解のために』安藤春彦（メディカ出版、一九九五年）
『自閉症の診療』安藤春彦（星和書店、一九九五年）
『日本精神病院協会雑誌』（日本精神病院協会、一三巻・一号・一九九四年、一四巻・五号・一九九五年）

〈た行〉

〈な行〉

〈は行〉

〈や行〉

〈ら行〉

さくいん

〈あ行〉

〈か行〉

〈さ行〉

N.D.C.493.7　206p　18cm

ブルーバックス　B-1146

精神科医は何をしてくれるか
何をしている、何ができる

1996年11月20日　第1刷発行
1998年8月24日　第4刷発行

著者　安藤春彦
発行者　野間佐和子
発行所　株式会社講談社
〒112-8001東京都文京区音羽2-12-21
電話　出版部　03-5395-3524
販売部　03-5395-3626
製作部　03-5395-3615
印刷所　(本文印刷)慶昌堂印刷株式会社
(カバー表紙印刷)双美印刷株式会社
製本所　有限会社中澤製本所

定価はカバーに表示してあります。

ISBN4-06-257146-3(科)

発刊のことば

科学をあなたのポケットに

二十世紀最大の特色は、それが科学時代であるということです。科学は日に日に進歩を続け、止まるところを知りません。ひと昔前の夢物語もどんどん現実化しており、今やわれわれの生活のすべてが、科学によってゆり動かされているといっても過言ではないでしょう。

そのような背景を考えれば、学者や学生はもちろん、産業人も、セールスマンも、ジャーナリストも、家庭の主婦も、みんなが科学を知らなければ、時代の流れに逆らうことになるでしょう。

ブルーバックス発刊の意義と必然性はそこにあります。このシリーズは、読む人に科学的に物を考える習慣と、科学的に物を見る目を養っていただくことを最大の目標にしています。そのためには、単に原理や法則の解説に終始するのではなくて、政治や経済など、社会科学や人文科学にも関連させて、広い視野から問題を追究していきます。科学はむずかしいという先入観を改める表現と構成、それも類書にないブルーバックスの特色であると信じます。

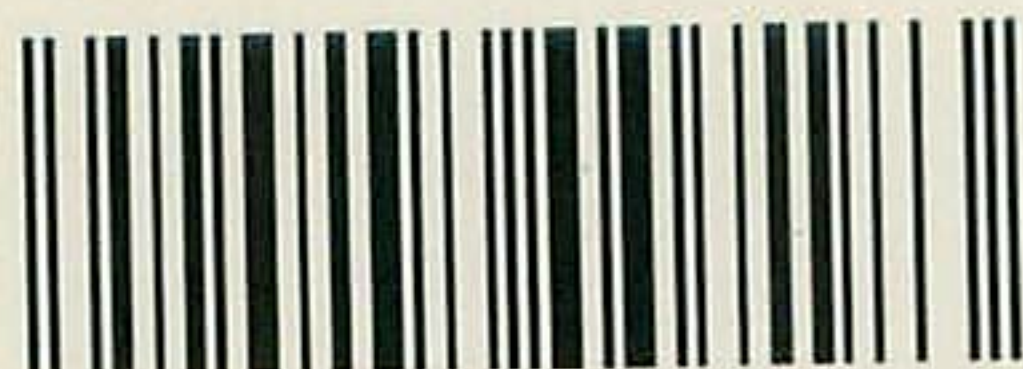
あんどう・はるひこ

一九三二年、長野県生まれ。一九五八年、名古屋大学医学部卒業、同大学院修了、医学博士。セントルイスのワシントン大学医学部児童精神科講師。愛知県心身障害者コロニー中央病院精神科部長を経て、同病院副院長で定年退職。現在、東海記念病院心療内科勤務。精神の発達過程を専門とする精神科医で、米国の精神医療について造詣が深い。著書に『心身障害児の療育相談』(有斐閣)、『子どもはこんなに疲れている』(ブルーバックス)ほか。

9784062571463

1920247007183

ISBN4-06-257146-3

C0247 ¥718E (0)

定価：本体718円（税別）

社会に潜む誤解を解くために

- Ⅰ 精神障害とは
- Ⅱ 精神障害の原因と治療
- Ⅲ 社会適応の良否の要因と治療者
- Ⅳ 最近の精神医学上の話題
- Ⅴ 精神障害と法律
- Ⅵ 精神科医とは

Poisson - Restau